

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem
Dissertação

**Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem –
Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde**

Carina Manuela Mouquinho Andrade

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

Dissertação

**Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem –
Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde**

Carina Manuela Mouquinho Andrade

Orientador: Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale, 1871

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o importante contributo, apoio e incentivo das pessoas que, ao longo da minha vida e do meu percurso académico e profissional, cruzaram os seus caminhos com o meu e me motivaram.

Ao Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas agradeço as orientações, o apoio, a disponibilidade, a partilha do saber e a paciência nesta fase do meu percurso académico e no desenvolvimento desta dissertação.

Aos responsáveis organizacionais que autorizaram a realização do estudo, aos enfermeiros responsáveis pelos serviços que facilitaram a aplicação dos questionários e aos enfermeiros que colaboraram com o estudo o meu sincero agradecimento.

Às minhas colegas do curso de mestrado e do meu serviço, agradeço o apoio, companheirismo e incentivo ao longo deste percurso.

À minha família e sobretudo aos meus pais, agradeço o apoio incondicional, a motivação e a paciência demonstrada em todos os momentos.

RESUMO

O ambiente da prática de enfermagem assume uma crescente complexidade com influência no enfermeiro, no cliente e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este estudo pretende analisar a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros de instituições de saúde hospitalares na qualidade dos cuidados de enfermagem, assim como caracterizar e identificar os atributos organizacionais do ambiente da prática profissional mais valorizados pelos enfermeiros numa unidade hospitalar e descrever a relação entre as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados.

Este é um estudo quantitativo, observacional, descritivo, transversal e correlacional, tendo como questão de investigação “qual a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na qualidade dos cuidados de saúde?”. A versão portuguesa do *Revised Nursing Work Index* (NWI-R) avaliou o ambiente da prática de enfermagem, a qualidade foi avaliada através da perceção dos enfermeiros, tendo como população alvo 157 enfermeiros de cinco Unidades do Centro Hospitalar X.

Obteve-se uma amostra de 78 enfermeiros, dos quais 82,1% eram licenciados, 87,2% eram do sexo feminino, com uma média de 37,24 anos de idade e 14,25 anos de atividade profissional, 47,4% desenvolve a sua atividade profissional em unidades de Medicina, 7,7% em Cirurgia e 44,9% em unidades de outras tipologias. A qualidade dos cuidados foi considerada “muito boa” por mais de 76% dos inquiridos. O ambiente da prática profissional de enfermagem foi considerado favorável na generalidade (média concordância 3,07). As subescalas Autonomia, Relação Multidisciplinar e Suporte Organizacional obtiveram médias positivas (entre 3,16 e 3,50), já a subescala Controlo sobre o Ambiente que obteve uma média de 2,97. Encontrou-se uma relação significativa positiva entre as subescalas do NWI-R e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Conclui-se que ambientes da prática profissional de enfermagem favoráveis influenciam positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem percecionada pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Ambiente de Organização Hospitalar; Qualidade; Cuidados de Enfermagem; Gestão em Enfermagem.

ABSTRACT

The nursing practice environment is becoming increasingly complex, influencing the nurse, the patient and the quality of nursing care.

This study aims to analyse the influence of organizational characteristics of professional practice environment of nurses from hospital institutions in the quality of nursing care, as well as to characterize and identify organizational attributes of professional practice environment most valued by nurses in a hospital and describe the relationship between the environmental characteristics of professional nursing practice and quality of care.

This is a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional and correlational study, with the research question "what is the influence of organizational characteristics of the professional nursing practice environment in the quality of health care?". The Portuguese version of the Revised Nursing Work Index (NWI-R) evaluated the nursing practice environment, the quality of care was assessed by the nurses' perception, 157 nurses from five Units of the Centro Hospitalar de X were the targeted population.

A sample of 78 nurses was obtained, of which 82.1% had a licentiate degree, 87.2% were female, with an age mean of 37.24 years and 14.25 years of professional activity, 47.4% develops his professional activity in medical units, 7.7% in surgery and 44.9% in other type of units. The quality of care was considered "very good" by more than 76% of respondents. The professional nursing practice environment was considered generally favorable (average agreement 3.07). Subscales Autonomy, Multidisciplinary Relations and Organizational Support had positive means (between 3.16 and 3.50), however the subscale Control over the Environment obtained a mean of 2.97. A significant positive relationship between the subscales of the NWI-R and the quality of nursing care was found. It is concluded that a favorable professional nursing practice environment have positive influence over the quality of nursing care according to nurses perceptions.

Keywords: Hospital Organization environment; Quality of care; Nursing Care; Nursing Management.

LISTA DE ABREVIATURAS

NWI-R - *Revised Nursing Work Index*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	8
1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	9
2 – AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM	18
3 – GESTÃO EM ENFERMAGEM	27
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	33
1 – METODOLOGIA DO ESTUDO	34
1.1 - Tipo de Estudo	34
1.2 - População Alvo	35
1.3 - Procedimentos e Considerações Ético-Legais	37
2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	38
3 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	41
4 – CONCLUSÕES.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	
Anexo 1 – Questionário	
Anexo 2 – Póster 5º Congresso da Associação Portuguesa dos Enfermeiros	
Gestores e Liderança	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição dos Enfermeiros por Sexo	41
Gráfico 2. Distribuição dos Enfermeiros por Tipologia de Unidade	43
Gráfico 3. Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional	43
Gráfico 4. Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem no mês anterior à aplicação do questionário	45
Gráfico 5. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Autonomia	47
Gráfico 6. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Controlo sobre o Ambiente	48
Gráfico 7. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Relação Multidisciplinar	49
Gráfico 8. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Suporte Organizacional	50

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Serviços participantes no estudo e questionários entregues e recolhidos	36
Quadro 2. Subescalas do NWI-R e distribuição dos itens da escala pelas subescalas	39
Quadro 3. Distribuição dos Enfermeiros por Idades	41
Quadro 4. Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Atividade Profissional	42
Quadro 5. Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Atividade Profissional na Organização Atual	42
Quadro 6. Distribuição dos Enfermeiros por Habilitações Académicas	43
Quadro 7. Medidas descritivas referentes à perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem pelos enfermeiros	45
Quadro 8. Medidas descritivas das subescalas do NWI-R – versão portuguesa ...	51
Quadro 9. Resultado da aplicação do teste de Correlação de Spearman relativamente às subescalas do NWI-R – versão portuguesa com a qualidade dos cuidados de enfermagem no mês anterior à aplicação do questionário	53
Quadro 10. Resultado da aplicação do teste de Correlação de Pearson entre as subescalas do NWI-R – versão portuguesa	54

INTRODUÇÃO

As organizações de saúde nacionais enfrentam profundas e frequentes alterações impostas pelo ambiente de crise financeira e económica do país e que afetam não só os profissionais de saúde mas sobretudo os clientes.

Os enfermeiros, como grupo profissional mais representativo no sector da saúde, sobretudo a nível hospitalar, assumem o compromisso de assegurar a excelência dos cuidados aos seus clientes, pelo que têm desempenhado um papel cada vez mais ativo na avaliação e melhoria da qualidade, tanto na condição de gestores, de elemento responsável em organizações com gabinetes ou grupos dedicados a questões relativas à qualidade, gestão do risco e segurança do cliente, como na prestação direta de cuidados.

Desta forma, a Gestão em Enfermagem surge como uma estratégia importante e primordial para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde e para o ambiente da prática profissional de enfermagem.

O enfermeiro gestor assume um papel de destaque, implementando, supervisionando e monitorizando alterações organizacionais que promovam a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Regulamento nº 101/2015, 2015).

Porém, para que o enfermeiro gestor possa assegurar a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados prestados há que considerar os fatores que a influenciam, destacando-se o ambiente da prática profissional de enfermagem como um fator determinante para uma prestação de cuidados de qualidade (Aiken, Havens & Sloane, 2000; Kutney-Lee *et al.*, 2009; Salmond, Begley, Brennan & Saimbert, 2009).

Apesar de existirem vários estudos internacionais potencializados pelas características do ambiente da prática profissional de enfermagem e os seus efeitos positivos nos *outcomes* profissionais e nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem este é um tema que só recentemente começou a ser abordado a nível nacional. Esta escassez de estudos nacionais nesta área não facilita a adoção de estratégias organizacionais adaptadas à realidade nacional que possam potenciar um

ambiente favorável à prática e, desta forma, assegurar a prestação de cuidados de qualidade e promover a sua melhoria.

Tendo presente a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e, para que se possam sugerir estratégias de intervenção na melhoria do ambiente da prática profissional de enfermagem, há que primeiro determinar os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática de enfermagem.

Para Aiken & Patrician (2000), os enfermeiros, comparados com outros profissionais de saúde a nível hospitalar, serão aqueles que poderão providenciar informações mais precisas sobre os atributos organizacionais dos hospitais devido ao seu alargado campo de ação que os põe em contacto com uma grande parte dos aspetos da organização e ao seu envolvimento direto na tomada de decisão clínica.

O “*Revised Nursing Work Index* - atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem” (NWI-R), versão portuguesa, é um instrumento focado na determinação dos atributos organizacionais do ambiente da prática profissional de enfermagem a nível hospitalar, que pretende identificar e reconhecer atributos de um hospital ou de uma unidade funcional hospitalar através da confirmação da presença de uma série de fatores pelos enfermeiros, tendo vindo a ser aplicado numa diversidade de contextos da prática de cuidados de enfermagem a nível internacional (Aiken & Patrician, 2000).

Associados a um melhor ambiente da prática de enfermagem (Aiken & Patrician, 2000), a autonomia, o controlo sobre o ambiente, a relação multidisciplinar e o suporte organizacional são os atributos organizacionais avaliados pelas quatro subescalas do NWI-R.

Os enfermeiros têm sido também a fonte de informação no que diz respeito à avaliação da qualidade em diversos estudos. Segundo McHugh & Stimpfel (2012) as perceções das enfermeiras a respeito da qualidade dos cuidados corresponde aos dados fornecidos por outros indicadores de qualidade correspondentes ao preconizado por Donabedian.

O ambiente tem vindo a ser progressivamente valorizado na enfermagem, quer pela sua influência no cliente quer no enfermeiro (Roy & Andrews, 2001; Pfettscher, 2014). Há décadas que a investigação se debruçou sobre o ambiente da prática

profissional de enfermagem, tendo sido encontrada relação entre esta variável, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e a qualidade dos cuidados. A análise da influência das características organizacionais do ambiente da prática dos enfermeiros em contexto hospitalar na qualidade dos cuidados de enfermagem pode contribuir para um conhecimento mais profundo desta relação que permita às organizações de saúde nacionais e, mais especificamente, às unidades de saúde hospitalares, modificar o ambiente da prática de forma a torná-lo mais favorável, rentabilizando o potencial dos enfermeiros existentes, refletindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados.

Desta forma, é através das percepções dos enfermeiros sobre os atributos do ambiente da sua prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados que se pretende desenvolver este trabalho, segundo o método quantitativo e tendo como linha orientadora a **questão de investigação**: qual a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na qualidade dos cuidados de saúde?

Como tal, tem-se como **objetivo geral** analisar a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros de instituições de saúde hospitalares na qualidade dos cuidados de enfermagem, e como **objetivos específicos**:

- Caracterizar os atributos organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros numa unidade hospitalar;
- Identificar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros mais valorizadas pelos enfermeiros numa unidade hospitalar;
- Descrever a relação entre as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com a avaliação dos enfermeiros.

Estruturalmente, esta dissertação divide-se em duas partes fundamentais. A primeira consiste no Enquadramento Teórico do tema, sendo composta por três capítulos onde se faz referência ao conceito de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, se descrevem os atributos do Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem que são considerados fundamentais para um ambiente positivo e se

explora a influência da Gestão em Enfermagem e o papel do Enfermeiro Gestor na melhoria contínua da Qualidade e do Ambiente da Prática dos Enfermeiros.

A segunda parte é relativa ao Trabalho Empírico, sendo composta por quatro capítulos onde se faz referência à Metodologia utilizada no estudo, onde consta a questão de investigação, o objetivo geral e os objetivos específicos, se faz referência ao tipo de estudo, à população alvo e ao instrumento de colheita de dados e se apresentam, discutem e analisam os resultados que se obtiveram através da sua aplicação aos enfermeiros, surgindo no último capítulo as conclusões que se evidenciaram mais relevantes no contexto da investigação.

Em anexo constam o questionário aplicado à amostra, assim como o documento relativo à autorização da aplicação dos questionários pela Comissão de Ética da instituição de saúde onde foi realizado o estudo e o Póster apresentado no 5º Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança, realizado com o intuito de iniciar a divulgação científica deste trabalho.

Este trabalho foi elaborado segundo as normas APA, conforme descritas no Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NP 450) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2014).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A preocupação com a gestão e melhoria da qualidade surgiu e desenvolveu-se particularmente a nível industrial. Os modelos industriais de qualidade desenvolvidos por líderes industriais como Walter Shewhart, Joseph Juran, Philip Crosby e W. Edwards Deming, influenciaram a forma como é compreendida e avaliada a qualidade nos cuidados de saúde, ao providenciarem as bases para os programas de gestão da melhoria da qualidade em enfermagem (Fragata, 2006; Huber, 2006).

A criação de organismos, iniciativas e programas dedicados à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde é relativamente recente, porém a preocupação com a melhoria da qualidade relativamente aos cuidados de enfermagem surge com Florence Nightingale. Segundo Stanhope & Lancaster (2011), foi Nightingale quem começou por estabelecer padrões de cuidados de enfermagem, sendo os padrões de cuidados e as questões de segurança, também defendidos por Nightingale, o núcleo da garantia da qualidade. Nos dias de hoje são também os enfermeiros que geralmente assumem um papel ativo na avaliação e melhoria da qualidade, tanto na condição de gestores, de elemento responsável em organizações com gabinetes ou grupos dedicados a questões relativas à qualidade, gestão do risco e segurança do cliente, como na prestação direta de cuidados.

De acordo com os diversos autores que se debruçaram sobre o tema, a qualidade não é fácil de definir, existindo diversas definições. Segundo Wold (2011, p. 551), a existência de várias definições de qualidade deve-se ao facto de esta residir em grande parte “na perceção do cliente, do prestador, do gestor de cuidados, do comprador, do pagador ou do funcionário de saúde”. Para Hesbeen (2001, p. 77) “a qualidade, à semelhança da própria prática de cuidados, é complexa”. Surge assim a necessidade de definir qualidade que, para Mezomo (2001), é um conjunto de propriedades de um serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas do seu cliente. Já na perspetiva específica dos cuidados de saúde, refere-se ao grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual (Lohr,

1990 citado por Huber, 2006), sendo esta a definição adotada pelo *Institute of Medicine* (s.d.).

Legido-Quigley, McKee, Nolte & Glinos (2008), na sua publicação sobre a garantia da qualidade dos cuidados na União Europeia, reuniram as definições de qualidade mais utilizadas na literatura, acrescentado a definição do Conselho Europeu e da Organização Mundial de Saúde (OMS) às definições já apresentadas. Assim, segundo o Conselho Europeu (1998), a qualidade em saúde é o nível em que os cuidados prestados aumentam as hipóteses de alcançar os resultados desejados e diminuem as hipóteses de resultados indesejáveis no cliente, tendo em conta o estado atual do conhecimento, enquanto segundo a OMS (2000) é o grau de concretização das metas intrínsecas dos sistemas de saúde para a melhoria da saúde e capacidade de resposta de forma a legitimar as expectativas da população (citado por Legido-Quigley *et al.*, 2008).

Campos, Saturno & Carneiro (2010, p. 12) distinguem a definição apresentada pelo Programa Ibérico de 1990, em que a qualidade é a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes”.

Já Donabedian, citado por Mezomo (2001), define qualidade como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o cliente, garantindo os direitos fundamentais da pessoa e preservando a sua integridade, pelo que são os resultados do processo de cuidados que permitem analisar a eficiência, a efetividade e a satisfação dos clientes face aos cuidados que receberam. Doran & Cranley (2006) destacam que a medição de resultados no cliente é uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem e um componente essencial da avaliação da qualidade e eficácia desses cuidados, como tal Wold (2011, p.550) defende que “a avaliação objectiva e sistemática dos cuidados de enfermagem é uma prioridade para a profissão”.

Para avaliar a qualidade dos cuidados Donabedian (2003) sugere três indicadores, amplamente aceites e difundidos, sendo estes:

- **Indicadores de estrutura:** referem-se às condições em que os cuidados são prestados, onde se incluem os recursos materiais (instalações e equipamentos), humanos (número e variedade de profissionais e as suas qualificações) e as

características organizacionais (organização das equipas médica e de enfermagem, formação e investigação, supervisão, métodos de avaliação de desempenho, modalidade de salário);

- **Indicadores de processo:** designam as atividades que constituem os cuidados de saúde (diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção) e que geralmente são prestadas por profissionais de saúde, onde se incluem outros contributos para os cuidados por parte do cliente e da família;

- **Indicadores de resultados:** referem-se às alterações (desejáveis ou indesejáveis) atribuídas aos cuidados de saúde em indivíduos e populações, onde se incluem as alterações no estado de saúde, nos conhecimentos adquiridos pelo cliente e família através da educação para a saúde e a subsequente alteração de comportamentos que podem influenciar futuramente a saúde e a satisfação do cliente/família com os cuidados recebidos e os seus resultados.

Tendo em conta que os cuidados de saúde requerem o envolvimento de vários profissionais de saúde, com níveis de formação diferenciados e especializados, Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira (2008) defendem que a qualidade deve ser entendida como o produto final desta cadeia em que a equipa multidisciplinar contribui para o resultado final. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015) evidencia as várias dimensões em que assenta o conceito de qualidade, tais como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua acessibilidade e aceitabilidade e a prestação dos cuidados no momento adequado, assim como na sua eficiência e efetividade e na garantia da sua continuidade.

Enquanto profissional de saúde que mais tempo passa junto do cliente, sendo que a nível hospitalar o enfermeiro presta 90% dos cuidados ao cliente (Huber, 2006), e como elo de ligação entre os vários profissionais de saúde da equipa multidisciplinar, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para avaliar e intervir na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente. Por essa razão, a perceção do enfermeiro sobre a qualidade dos cuidados tem sido utilizada como método de avaliação em diversos estudos, uma vez que a sua avaliação corresponde aos dados fornecidos pelos indicadores de qualidade preconizados por Donabedian (McHugh & Stimpfel, 2012).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, citando Saturno *et al.* (1990), reconhece-se que qualidade em saúde implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão, assim como o acesso a cuidados de saúde de qualidade como um direito fundamental do cidadão a quem é reconhecida legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

A participação ativa do enfermeiro na promoção e melhoria da qualidade nos cuidados de saúde levou a Ordem dos Enfermeiros (OE) a publicar os **padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem** (OE, 2012) que procuram enaltecer a qualidade dos cuidados de enfermagem em todas as suas vertentes e reforçam a necessidade de estar desperto para os resultados das práticas, com vista à melhoria constante da sua qualidade. Com a criação deste documento, a OE pretende dar a conhecer o papel dos enfermeiros aos clientes, outros profissionais de saúde e ao público, constituindo para tal seis categorias de **enunciados descritivos** (OE, 2012):

- Satisfação dos clientes;
- Promoção da saúde;
- Prevenção de complicações;
- Bem-estar e autocuidado dos clientes;
- Readaptação funcional;
- Organização dos serviços de enfermagem.

A procura da melhoria contínua da qualidade transparece nestes enunciados, porém a definição e o conhecimento geral dos enunciados não assegura a sua execução. Assim, a vigilância do cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem é da competência dos Colégios da Especialidade da OE e dos Conselhos de Enfermagem Regionais enquanto às instituições de saúde compete a adequação dos recursos e a criação de estruturas e ambientes favoráveis ao exercício profissional de enfermagem de qualidade (OE, 2012).

Prevê-se que, segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015), o cumprimento do enunciado descritivo **organização dos serviços de enfermagem** seja garantido pelo enfermeiro gestor, uma vez que este é “o motor do desenvolvimento profissional

(técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão” (OE, 2014, p.2), gerindo, entre outros, as pessoas e os recursos.

A melhoria contínua da qualidade é então uma constante na prática profissional do enfermeiro e nas organizações de saúde nacionais. Definida como um processo organizacional estruturado que envolve os colaboradores no planeamento e implementação de melhorias contínuas na prestação de cuidados de saúde que igualam ou excedem as expectativas (Masters, 2014), a melhoria contínua da qualidade encontra-se atualmente em curso sob a forma de programas europeus, nacionais e institucionais, através de processos de acreditação e certificação, e em projetos específicos a nível das unidades de saúde. Porém, de acordo com Ribeiro *et al.* (2008), para que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação.

A melhoria da qualidade é um método que assegura o cliente que “está a receber cuidados de alta qualidade com a melhor relação qualidade/preço” (Wold, 2011, p. 549) e garante que os padrões de excelência estão a ser atingidos na prestação de cuidados, ao que Huber (2006) acrescenta que resulta da avaliação do desempenho na prestação de cuidados e na proposta de alterações baseadas na melhor evidência possível. Porém, constata-se uma dificuldade em reunir dados concretos sobre as práticas que permitam esta análise, não existindo evidências que comprovem a existência de avaliações nas instituições de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010). Wold (2011) afirma que a avaliação dos efeitos dos cuidados de enfermagem é uma das tarefas mais difíceis da enfermagem atual. Neste contexto, cabe aos enfermeiros comprovar que os seus cuidados têm qualidade e que promovem melhorias significativas no estado de saúde do cliente. Para tal, os enfermeiros servem-se de modelos que auxiliam no processo de melhoria da qualidade em prática nas organizações de saúde. No entanto, como refere Hesbeen (2001) a utilização de instrumentos de medida da qualidade em saúde é importante, mas é essencial que não se esqueça a vertente holística do cuidar ao realizar essa avaliação, uma vez que pode levar à insatisfação do cliente e de alguns profissionais de saúde motivados para o cuidar.

Segundo Amaral (2010), é através da estrutura, do processo e dos resultados que a qualidade é estudada. O *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) é um modelo conceptual desenvolvido por Irvine, Sidani & Hall (1998) com o objetivo de orientar a avaliação da contribuição dos enfermeiros para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e foi baseado no modelo da qualidade dos cuidados estrutura-processo-resultados, tendo sido alvo de reformulações após testes empíricos (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002; Doran & Cranley, 2006). Os processos e resultados dos cuidados de saúde são influenciados pelos componentes da estrutura, que são variáveis associadas aos **enfermeiros**, aos **clientes** e à **organização de cuidados de saúde** (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002).

Assim, associam-se aos **enfermeiros** variáveis como a experiência, o conhecimento e o nível de competência, uma vez que são as que podem afetar a qualidade dos cuidados (Doran, 2011). O estudo de Aiken, Havens & Sloane (2000) sugere que hospitais cujos enfermeiros têm níveis de formação superiores e maiores índices de retenção de enfermeiros apresentam melhores *outcomes* profissionais e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans & Van de Heyning (2010) afirmam que a garantia de cuidados de elevada qualidade requer um excelente desempenho dos enfermeiros das equipas de enfermagem suportado por políticas de gestão hospitalar adequadas.

Relativamente aos **clientes**, as variáveis incluem as características pessoais e relativas ao processo saúde/doença, como a idade, o tipo e gravidade da patologia, assim como quaisquer comorbilidades que possam influenciar a prestação de cuidados ou os resultados de saúde (Doran, 2011).

No que diz respeito à **organização de cuidados de saúde**, as variáveis centram-se no número de enfermeiros por turno e no rácio enfermeiro/cliente, assim como a autonomia, que influenciam diretamente a prestação de cuidados de enfermagem (Amaral, 2010; Doran, 2011) e que se pode associar ao ambiente da prática dos cuidados de enfermagem. Van Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans & Van de Heyning (2009b) afirmam que a estabilidade dos recursos humanos deve ser suportada pela gestão de enfermagem para que se assegure uma prestação de cuidados de excelência. O estudo de Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen (2011)

confirma que o rácio adequado e uma gestão solidária que garanta a competência dos enfermeiros são fatores fundamentais para a qualidade dos cuidados.

Os componentes do processo consistem nas funções **independentes**, **dependentes** e **interdependentes** inerentes ao papel do enfermeiro, sendo que as funções **independentes** são aquelas cuja responsabilidade é assumida somente pelo enfermeiro, incluindo atividades como a avaliação do cliente, a tomada de decisão, intervenção e *follow-up* (Doran *et al.*, 2002), e que são autónomas, ou seja, partem da iniciativa do enfermeiro em resposta aos problemas apresentados pelo cliente e aos respetivos diagnósticos de enfermagem e não requerem uma prescrição médica (Doran, 2011). As funções **dependentes** referem-se a avaliações clínicas e atividades associadas à implementação de prescrições e tratamentos médicos (Doran *et al.* 2002). Já as funções **interdependentes** abrangem as funções e responsabilidades inerentes ao papel do enfermeiro que são partilhadas com outros elementos da equipa de saúde, o que inclui atividades como a comunicação interdisciplinar de forma a promover a continuidade, coordenação e integração dos vários profissionais de saúde no processo de cuidados ao cliente (Doran *et al.*, 2002; Doran, 2011).

Segundo Amaral (2010), o NREM permite uma avaliação compreensiva dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, considerando o impacto das características dos enfermeiros e do seu número, tendo as intervenções de enfermagem como mediadoras entre as condições do cliente no início de um evento e após a prestação de cuidados. Assim, a perspetiva do NREM afasta-se da análise exclusiva de resultados medidos em termos de segurança de doentes e centra-se no processo de cuidados salientando que os resultados dependem de múltiplas variáveis associadas aos cuidados, como o contexto da prestação de cuidados, a sua adequação e as características dos enfermeiros e dos clientes (Amaral, 2010).

Desta forma, verifica-se que o modelo conceptual NREM contempla a autonomia do enfermeiro, o controlo sobre o ambiente, a relação multidisciplinar e o suporte organizacional, analisados através NWI-R, nas variáveis de estrutura relativas ao enfermeiro e à organização de cuidados de saúde, assim como nas componentes de processo relativas às funções inerentes ao papel do enfermeiro e cuja relação se reflete nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Também o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015) se parece enquadrar no NREM, uma vez que o enfermeiro gestor tem um papel ativo na gestão de elementos referentes aos componentes da estrutura, porém, apesar da influência do enfermeiro gestor, a estrutura continua muito dependente da organização. Do enfermeiro gestor espera-se ainda que garanta as unidades de competências contempladas no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento nº 101/2015, 2015) que definem as funções maior ou conjunto de elementos que representam uma realização concreta, intervindo assim nos componentes de processo, e, por fim, nos resultados, ao avaliar os aspetos de desempenho que representam “evidência do desempenho profissional competente em exercício” (OE, 2014, p.2).

O enfermeiro gestor é assim associado à qualidade dos cuidados de enfermagem. São vários os estudos que apontam o apoio do enfermeiro gestor, tanto a nível da unidade como na gestão superior, como fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados (Aiken & Poghosyan, 2009; Van Bogaert *et al*, 2009a,b; Hinno *et al.*, 2011), sendo o seu envolvimento considerado especialmente crítico a nível da unidade por Van Bogaert *et al* (2013), devido à sua associação com características do trabalho dos enfermeiros, como é o caso da amplitude de decisão, do capital social e de variáveis relativas aos resultados.

Existem vários fatores que influenciam os cuidados de enfermagem e que podem interferir na sua qualidade e efetividade, o ambiente onde a prática se desenvolve é um destes fatores (Lake, 2002). Assim, da evidência científica sobre as variáveis que influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem destaca-se o ambiente da prática profissional dos enfermeiros, encontrando-se uma relação definitiva ou significativa entre o ambiente da prática dos enfermeiros e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral & Ferreira, 2013) e, consequentemente, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Kutney-Lee, *et al.* 2009; Van Bogaert *et al.*, 2010; Rochefort & Clarke, 2010; Hinno *et al.*, 2011).

Assim, apesar da complexidade que envolve a definição de qualidade em saúde, constata-se que é uma prioridade e um objetivo a atingir na prestação de cuidados ao cliente. O NREM é o modelo conceptual (Doran *et al.*, 2002; Doran &

Cranley, 2006) que orienta a avaliação da contribuição dos enfermeiros para os resultados sensíveis aos cuidados de saúde, considerando a qualidade segundo os indicadores de estrutura, processo e resultados preconizados por Donabedian (2003).

É assim necessário analisar o ambiente da prática profissional de enfermagem para compreender o seu impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem.

2 – AMBIENTE DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

O ambiente da prática determina em grande parte a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem ao estabelecer, ainda antes do seu início, os recursos e as condições que o enfermeiro dispõe para o processo de prestação de cuidados.

Papastavrou *et al.* (2012) considera o ambiente da prática profissional de enfermagem um ambiente social complexo, onde há uma necessidade constante de decisões pelo enfermeiro como indivíduo, como elemento de uma equipa multidisciplinar ou em parceria com o cliente.

Aiken & Patrician (2000) citam a definição de Hoffart & Woods (1996) para o ambiente da prática profissional de enfermeiros, definindo-o como um sistema que apoia o controlo do enfermeiro sobre a prestação de cuidados de enfermagem e o ambiente em que os cuidados são prestados.

Já Lake (2002) define o ambiente da prática como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constringem a prática profissional de enfermagem. De acordo com Amaral & Ferreira (2013), esta definição é a mais consensual entre os autores.

Segundo Aiken & Patrician (2000), os resultados relativos ao cliente, à enfermagem e à organização são afetados pelo ambiente em que os cuidados são prestados, afirmando que a relação com o médico, a comunicação atempada de problemas aos profissionais de saúde adequados e a equidade na distribuição de recursos de forma a responder às necessidades específicas do cliente melhoram quando o ambiente da prática dos enfermeiros apresenta determinados fatores, como a autonomia, o controlo sobre o ambiente e o controlo sobre a prática.

Geiger-Brown & Lipscomb (2010) acrescentam que as condições de trabalho dos enfermeiros estão profundamente associadas à qualidade dos cuidados prestados ao cliente e à segurança do cliente.

Assim, o ambiente da prática profissional de enfermagem, decorrente das características da organização onde se desenvolve a prestação de cuidados, surge como determinante na qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2012) destaca a tarefa multiprofissional que é a qualidade em saúde, com um contexto de aplicação local, confiando às instituições de saúde a adequação dos recursos e a criação de estruturas que assegurem o exercício profissional de qualidade, desenvolvendo esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Para Alves & Feldman (2011, p. 21), as organizações devem “possibilitar e oferecer condições para o indivíduo desempenhar as suas funções dentro dos padrões de excelência”.

Huber (2006) afirma que o ambiente de trabalho fornece a oportunidade para os enfermeiros aplicarem os seus conhecimentos especializados e a sua perícia e promove a tomada de decisão partilhada, a colaboração e o crescimento profissional.

O Conselho Internacional de Enfermeiros (2007) aponta como características dos ambientes favoráveis à prática:

- Enquadramentos políticos inovadores focados no recrutamento e retenção de enfermeiros;
- Estratégias que permitam a continuidade de formação e promoção;
- Compensações adequadas;
- Programas de reconhecimento;
- Equipamento e materiais suficientes e adequados e um ambiente de trabalho seguro.

Porém, as necessidades de saúde das populações aumentam, enquanto as restrições financeiras limitam o fortalecimento das infra-estruturas e o potencial dos profissionais de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2007). A acrescentar ao problema da carência de enfermeiros acentuado pela crise financeira, o Conselho Internacional de Enfermeiros (2007) destaca os ambientes de trabalho pouco saudáveis, prejudiciais para o desempenho ou alheamento dos enfermeiros e provocam o afastamento dos locais de trabalho e mesmo da própria profissão.

Chiavenato (1992) afirma que o comportamento das pessoas numa organização é complexo e dependente de fatores internos e externos, ou ambientais, numa relação de causa-efeito, que vão condicionar a sua motivação. Doran (2011)

reconhece que a prática dos cuidados de enfermagem se inclui num ambiente cada vez mais complexo e, embora a análise do papel da enfermagem continue subjacente aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem desenvolvidos no mesmo quadro conceptual de qualidade proposto por Donabedian (1982), muitos são os fatores que regulam e interferem na prestação dos cuidados.

Florence Nightingale foi a primeira enfermeira a reconhecer a influência de fatores externos associados ao ambiente dos clientes na sua saúde e na recuperação da doença, destacando o papel da enfermeira no controlo do ambiente físico e administrativo (Pfetscher, 2014). Segundo Pfetscher (2014), o ambiente surge como base da teoria de Nightingale e o seu conceito de ambiente enfatiza que a enfermagem deveria auxiliar a natureza no processo de cura do doente, pelo que se esperava que a enfermeira fosse uma excelente observadora do ambiente e do doente de forma a poder criar e manter um ambiente terapêutico que melhorasse o conforto e a recuperação do doente. Lobo (2000, p. 35) afirma que as notas de Nightingale proporcionaram “muitas informações sobre a influência do ambiente sobre o ser humano e sobre a natureza crítica do equilíbrio entre eles”, sendo os aspetos do ambiente físico (ventilação, aquecimento, ruído, luz e limpeza) influenciados pelo ambiente social e psicológico do indivíduo. Assim, constata-se que na sua teoria Nightingale encontrou relações entre o ambiente e o cliente, a enfermeira e o ambiente e a enfermeira e o cliente (Pfetscher, 2014). O legado de Nightingale encontra-se em modelos e teorias de enfermagem mais recentes.

O Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001) assemelha-se aos pressupostos de Nightingale. Aqui, o objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação ao ambiente, minimizando respostas ineficazes para a integridade. O ambiente é entendido como o mundo interior ou exterior da pessoa, que estimula a pessoa para criar respostas adaptáveis. A saúde é então considerada um reflexo de adaptação da interação entre pessoa e ambiente. Para Roy “o ambiente inclui todas as condições, circunstâncias e influências que envolvem e afectam o desenvolvimento e o comportamento da pessoa” (Roy & Andrews, 2001, p.32). Os estímulos a que as pessoas estão sujeitas desencadeiam respostas, as respostas podem ser adaptativas, promovendo a integridade com o ambiente, ou ineficazes (Roy & Andrews, 2001). O ambiente sustenta a avaliação, as intervenções e os resultados, surgindo como um fator crucial na prática de enfermagem.

Segundo o Modelo de Adaptação de Roy existem quatro modos de adaptação: físico-fisiológico, identidade de autoconceito, interdependência e desempenho de papel. Assim, para além de afetar a resposta do cliente aos cuidados de enfermagem, o ambiente também afeta a conduta do enfermeiro favorecendo ou dificultando o seu desenvolvimento profissional e, desta forma, a qualidade dos cuidados que este presta (Roy & Andrews, 2001), o que corresponde à evidência científica, uma vez que o ambiente influencia resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral & Ferreira, 2013) e a qualidade dos cuidados e a satisfação dos clientes é superior em hospitais onde existe um ambiente satisfatório e produtivo na prática profissional dos enfermeiros (Kutney-Lee *et al.*, 2009; Kelly, McHugh & Aiken, 2012; Aiken *et al.*, 2012).

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015) destaca o papel do enfermeiro gestor na construção de ambientes favoráveis à prática clínica. Desta forma, para além de gerir as pessoas, a adequação de recursos, a segurança dos cuidados, a formação e as relações profissionais, espera-se que o enfermeiro gestor promova, mantenha e desenvolva um bom ambiente de trabalho, garantindo a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, otimizando as respostas às necessidades dos clientes.

Existem vários estudos internacionais que caracterizaram os ambientes da prática de enfermagem a partir de um conjunto de hospitais norte-americanos, denominados de *Magnet Hospitals*, que conseguiram atrair e reter enfermeiros num contexto de carência de profissionais, evidenciando um conjunto de características, como por exemplo, maior autonomia, uso da prática baseada na evidência, melhores ambientes de trabalho, menores níveis de *burnout* e melhor satisfação profissional (Jayawardhana, Welton & Lindrooth, 2011), que favoreciam o ambiente da prática de cuidados, demonstrando melhor qualidade dos cuidados e uma superior satisfação dos clientes e profissionais (Aiken, Havens & Sloane, 2000; Kutney-Lee *et al.*, 2009; Roche & Duffield, 2010; Kelly, McHugh & Aiken, 2012; Aiken *et al.*, 2012).

Apesar de o contexto de carência de enfermeiros que levou ao estudo das características dos *Magnet Hospitals* pertencer à realidade americana, a nível nacional a realidade é outra, constatando-se uma carência de profissionais apesar de existirem enfermeiros licenciados desempregados e a procurarem oportunidades de

trabalho noutros países (Amaral, Ferreira, Vidinha & Cardoso, 2013). A acrescentar a esta realidade surge a aposentação dos profissionais no ativo e a redução sistemática do número de admissões de enfermeiros devido à necessidade das organizações de melhorarem a sua eficiência, aumentando a carga de trabalho para cada enfermeiro e, conseqüentemente, deteriorando a qualidade dos cuidados de saúde (Amaral *et al.*, 2013).

Salmond, Begley, Brennan & Saimbert (2009), confirmaram na sua revisão da literatura que melhores ambientes da prática profissional de enfermagem estão associados com menores níveis de *burnout*, melhores níveis de satisfação dos enfermeiros, melhores perceções de qualidade dos cuidados e menores intenções de abandonar a organização. Constatase que os resultados evidenciados justificam um investimento na melhoria do ambiente da prática, uma vez que, de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001), o ambiente da prática afeta a prestação de cuidados do enfermeiro, o que se vai refletir na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, associam-se a um melhor ambiente da prática de enfermagem as seguintes características:

- Maior autonomia do enfermeiro;
- Uma boa relação entre enfermeiro e médico;
- Envolvimento dos enfermeiros nos assuntos do hospital;
- Boa colaboração com o gestor;
- Investimento da organização na formação dos enfermeiros;
- Investimento da organização na melhoria da qualidade (Rafferty, Ball & Aiken, 2001; Van Bogaert *et al.* 2009b; Van Bogaert *et al.*, 2010; Nantsupawat, *et al.*, 2011; Aiken *et al.*, 2012).

Às características apresentadas Hinno, Partanen & Vehviläinen-Julkunen (2011, 2012) acrescentam o adequado rácio enfermeiro-cliente, enquanto Aiken & Poghsyan (2009) referem também a continuidade de cuidados de enfermagem.

Desta forma, constata-se que as características referidas são os atributos que, para Aiken & Patrician (2000), definem um ambiente de prática favorável, sendo

avaliados nas quatro subescalas do NWI-R: autonomia, controlo sobre o ambiente, relação multidisciplinar e suporte organizacional (Aiken & Patrician, 2000), conforme se pode verificar no capítulo dois da segunda parte deste documento.

A escassez de estudos nacionais dificulta uma análise aprofundada das características do ambiente da prática profissional de enfermagem evidenciadas a nível nacional, porém, é possível extrair algumas conclusões.

Num estudo realizado a enfermeiros portugueses sobre a perceção do ambiente da prática dos cuidados, Amaral *et al.* (2013) constataram que, dos quatro hospitais que participaram no estudo, apenas um registou um ambiente da prática profissional de enfermagem favorável, apesar de, no geral, os enfermeiros evidenciarem satisfação com o ambiente em que prestam os cuidados, com a sua área de autonomia, com a relação com o médico e a qualidade dos cuidados prestados. Porém, o estudo demonstrou que os enfermeiros não estão satisfeitos com a participação nas políticas do hospital e a adequação dos recursos humanos e materiais. O estudo mais recente de Jesus, Roque & Amaral (2015), realizado em 31 hospitais portugueses, revelou resultados semelhantes, tendo os autores encontrado grande variabilidade entre as organizações e mesmo entre os serviços pertencentes à mesma organização, tendo ainda acrescentado a evidência de insatisfação dos enfermeiros com a gestão, liderança e suporte dos profissionais. Jesus *et al.* (2015) encontraram uma relação significativa entre o ambiente da prática e a dimensão do hospital, o grupo etário e a antiguidade profissional dos enfermeiros, sendo os enfermeiros que se inserem nos escalões intermédios, relativamente à idade e antiguidade profissional, os que avaliam os seus ambientes da prática de enfermagem de forma mais desfavorável.

Posteriormente, Amaral & Ferreira (2013) verificaram a influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados ao nível da funcionalidade das pessoas, determinando o nível de auto desempenho nas Atividades de Vida Diárias entre a admissão e a alta hospitalar, constatando que “a evolução do estado funcional nos doentes é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem” (Amaral & Ferreira, p. 72) e que as melhorias mais significativas se verificaram nos ambientes da prática mais favoráveis.

Porém, no estudo comparativo de sete países realizado por Papastavrou, *et al.* (2012), onde se incluí Portugal, países no norte da Europa, do Mediterrâneo e o estado do Kansas, nos Estados Unidos da América, verificou-se que, no que diz respeito à relação e comunicação enfermeiro-médico, Portugal parece apresentar os resultados mais baixos, enquanto apresenta os resultados mais altos relativamente à autonomia e a liderança, em conjunto com o Kansas, o que o autor considerou dever-se a uma ausência de consenso sobre a natureza da autonomia clínica e como esta é percebida ou interpretada (Papastavrou, *et al.*, 2012), o que pode dever-se a diferenças culturais.

A evidência científica sugere que existe uma relação definitiva e significativa entre **o ambiente da prática dos enfermeiros e qualidade dos cuidados de enfermagem** avaliada pelos enfermeiros em prestação direta de cuidados. Assim, ambientes favoráveis da prática de enfermagem traduzem-se em avaliações positivas da qualidade dos cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros. Esta relação é encontrada independentemente do contexto profissional (tipologia da unidade hospitalar) e socioeconómico, ainda que com ligeiras diferenças atribuídas às especificidades culturais do país onde o estudo foi desenvolvido, o que se traduz na possibilidade de aplicar medidas de melhoria do ambiente da prática de enfermagem em diversos contextos (Aiken, Buchan, Ball & Rafferty, 2008; Aiken & Poghosyan, 2009; Aiken *et al.*, 2011; Van Bogaert *et al.*, 2009b; Rochefort & Clarke, 2010; Hinno *et al.*, 2011, 2012). Este achado vai ao encontro do estudo de Mckee *et al.* (2012) que sugere que a aplicação de medidas para a melhoria das condições e do ambiente da prática podem ser implementadas a nível Europeu, adequando-as às particularidades específicas de cada país.

Estes estudos permitiram desenvolver ferramentas para a melhoria do ambiente da prática de enfermagem. Van Bogaert *et al.* (2009a) desenvolveram um modelo de equações estruturais para melhorar a compreensão da relação entre aspetos da prática profissional dos enfermeiros de forma a alcançar resultados de enfermagem favoráveis. Aiken & Patrician (2000) defendem que os fatores que os enfermeiros consideram importantes nos seus ambientes de trabalho são conhecidos, porém há que associar as características mais relevantes ao ambiente da prática profissional de enfermagem, sendo o NWI-R uma ferramenta útil na determinação de atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática de enfermagem.

O modelo de equações estruturais, revisto posteriormente por Van Bogaert *et al.* (2013), permitiu constatar que as dimensões do ambiente da prática dos enfermeiros preveem as variáveis de *outcomes* profissionais e avaliação da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros. Desta forma, a carga de trabalho relatada pelos enfermeiros, o grau de decisão e o capital social assumem um papel mediador entre as variáveis características do ambiente da prática dos enfermeiros e as dimensões do *burnout*, *outcomes* profissionais e avaliação da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros, encontrando-se uma relação direta entre uma forte gestão de enfermagem ao nível dos serviços e a avaliação da qualidade dos cuidados e *outcomes* profissionais.

Os instrumentos utilizados para avaliar e mensurar o ambiente da prática de enfermagem são importantes para antecipar dificuldades nas organizações. Um estudo internacional realizado por Aiken *et al.* (2011) em 9 países alertou para os ambientes desfavoráveis da prática de enfermagem encontrados numa percentagem significativa dos hospitais de cada país, refletindo-se em avaliações negativas da qualidade dos cuidados de enfermagem e insatisfação profissional. Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede & Sermeus (2013), no seu estudo em 12 países da Europa, constataram que os enfermeiros percebem uma diminuição da qualidade do seu ambiente de trabalho e da qualidade dos cuidados de enfermagem, identificando fatores que poderiam ser melhorados sem grandes compromissos financeiros associados, como o envolvimento dos enfermeiros nas decisões sobre a sua unidade e organização, investimento na evolução da carreira e formação dos enfermeiros e uma gestão dos recursos humanos mais baseada na evidência científica.

Ao constatar que as variações das características do ambiente da prática de enfermagem a nível das unidades de internamento são preditores do nível de qualidade dos cuidados e dos *outcomes* profissionais, as organizações podem atuar de forma a conseguir um ambiente da prática atrativo e melhores resultados de saúde (Van Bogaert *et al.*, 2010; Aiken, Buchan, Ball & Rafferty, 2008), pois, segundo Van den Heede *et al.* (2013), um ambiente da prática que fomente a autonomia do enfermeiro, o envolvimento dos enfermeiros nas decisões que influenciam o ambiente e uma gestão participativa pode ser a melhor estratégia na retenção de enfermeiros no contexto hospitalar.

Apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, as dotações adequadas (Hinno *et al.*, 2011), são aspetos que correspondem às competências do domínio do Enfermeiro Gestor (OE, 2014), assim como o apoio da gestão e maior autonomia dos enfermeiros são fatores-chave na produção de um ambiente de trabalho positivo, melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e os planos de carreira dos enfermeiros (Hinno *et al.*, 2011).

Para Hinno *et al.* (2011, 2012) um investimento no ambiente da prática dos enfermeiros é um desafio, mas representará uma mais-valia para as organizações hospitalares e os seus líderes.

3 – GESTÃO EM ENFERMAGEM

A gestão é considerada uma arte e uma ciência que planeia e gere o esforço humano e recursos escassos para alcançar determinados objetivos (Huber, 2006).

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015), a prestação de cuidados de saúde requer uma gestão atenta e inovadora dos vários e complexos aspetos humanos, técnicos e organizacionais, devido à necessidade permanente de adaptação à variedade de patologias, atos, diagnósticos e terapêuticas de cada serviço prestador de cuidados.

A Gestão em Enfermagem surge como uma estratégia importante e primordial para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde e para o ambiente da prática profissional de enfermagem. Pertencendo ao grupo profissional mais representativo na saúde e, particularmente nas instituições hospitalares, o enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo de cuidados e na sua gestão.

Reconhecendo a elevada importância do exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros, de forma a assegurar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, sendo este recentemente publicado em Diário da República (Regulamento nº 101/2015, 2015).

Assim, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015), a Gestão em Enfermagem surge como uma estratégia fundamental para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde, destacando o enfermeiro gestor como o profissional técnica e cientificamente habilitado para responder com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.

McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry (2012) destacam o papel do enfermeiro gestor como líder no caminho para a excelência e como elemento essencial na organização dos recursos existentes, criando um ambiente de segurança e excelência nos cuidados de enfermagem. Também o Plano Nacional para a

Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015) confere ao gestor, enquanto elemento pertencente aos órgãos máximos de gestão ou enquanto gestor de uma unidade de saúde, a responsabilidade de gerir os recursos e a implementação, acompanhamento e monitorização das ações de melhoria da qualidade e gestão do risco, uma vez que esta é uma prioridade consignada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e faz parte das competências do Enfermeiro Gestor previstas no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015).

Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015), os enfermeiros gestores determinam cuidados de qualidade ao desempenhar “um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde” (OE, 2014, p. 3) e de enfermagem e ao liderar a implementação dessas políticas, sendo a qualidade transversal a todo o Regulamento. De salientar que o cumprimento do enunciado descritivo “a organização dos cuidados de enfermagem” dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2012) deverá ser garantido pelo Enfermeiro Gestor, já que lidera e impulsiona o desenvolvimento profissional da sua equipa e a construção de ambientes favoráveis à prática clínica, estando a gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos sob a sua responsabilidade.

A capacidade de liderança surge como um atributo imprescindível para o Enfermeiro Gestor. Para Câmara, Guerra & Rodrigues (2010), as competências de liderança e gestão requerem que o gestor alinhe estrategicamente e conheça a missão e objetivos da organização, inspire as pessoas a conhecer a organização e seja agente de mudança.

Laschinger, Wong, Grau, Read & Stam (2011), apontam para as práticas de liderança transformacional para a melhoria da perceção de suporte organizacional, qualidade de cuidados e diminuição da intenção de abandono da organização, alertando para a necessidade de estas partirem dos enfermeiros na gestão de topo no sentido de fortalecerem as práticas de liderança dos gestores das unidades e assim criarem melhores ambientes da prática para os enfermeiros. Uma relação positiva entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros é a base para o empoderamento dos

enfermeiros, resultando em baixos níveis de *burnout* e melhor satisfação profissional (Laschinger, Finegan & Wilk, 2011).

Os modelos de gestão atuais refletem a busca de percursos para melhorar o desempenho organizacional, trazendo conceitos de inovação, flexibilidade, trabalho em equipa e decisões descentralizadas, o que conduz a uma participação mais efetiva de todos os envolvidos nos processos administrativos e operacionais da instituição (Câmara, Guerra & Rodrigues, 2010).

Para a Ordem dos Enfermeiros (2014), as competências do enfermeiro gestor possibilitam o desenvolvimento de competências nos níveis individuais e funcionais, mobilizando pessoas para o alcance de resultados, estimulando o seu crescimento profissional, otimizando os recursos e atendendo às necessidades e expectativas dos clientes. Acresce ao enfermeiro gestor fazer uma eficaz gestão do talento, envolver novos líderes na organização, definir os perfis de funções, avaliar o desempenho, fomentar um *feedback* contínuo e implementar estratégias de reconhecimento e recompensa. Choi, Cheung & Pang (2013) apontam para a necessidade de uma gestão detalhada dos recursos, uma gestão efetiva e da remoção de limitações organizacionais que afetam a prática de enfermagem, fatores essenciais para o processo de melhoria do ambiente da prática profissional.

As organizações hospitalares são sistemas complexos que exigem uma gestão capaz de garantir o seu funcionamento. O processo de gestão em Enfermagem é principalmente dirigido ao elemento humano, ou seja, à gestão de recursos humanos, procurando encontrar um equilíbrio entre as necessidades dos colaboradores em relação à eficiência, motivação e realização profissional e as necessidades da organização em termos de produtividade, custo-benefício e qualidade, tendo como resultados desejados a satisfação dos colaboradores e a produtividade (Huber, 2006). Para Lake (2002), nas organizações hospitalares, o ambiente da prática de enfermagem reflete a abordagem do gestor na resolução destes dilemas. Assim, o gestor gere as pessoas e o ambiente, desempenhando um papel crucial no relacionamento dos profissionais na equipa multidisciplinar (Huber, 2006).

No que diz respeito particularmente aos recursos humanos, o enfermeiro gestor deve otimizar os recursos humanos existentes em função das competências e das necessidades de cuidados, assim como otimizar e desenvolver os

recursos/competências existentes em si mesmo e nos outros, promovendo a prática baseada na evidência (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015).

Amaral & Ferreira (2013) referem que o contexto de escassez de recursos leva ao sacrifício da aplicação dos recursos numa área em detrimento de outra em que poderiam ser gerados melhores resultados, pelo que as decisões sobre o destino dos recursos devem ser ponderadas e devidamente fundamentadas. Para além disso, as atividades dos gestores das entidades públicas são legisladas pela chamada “Lei dos Compromissos” (Lei nº 8/2012, 2012), pelo que, estas decisões devem obedecer aos critérios definidos pela Lei nº 8/2012 e posteriores alterações, o que se reflete num controlo rigoroso da gestão dos fundos disponíveis.

Assim, segundo a Lei nº 8/2012 (2012), o gestor que atue em desconformidade com as regras e procedimentos da assunção de compromissos devem responder “pessoal e solidariamente perante os agentes económicos quanto aos danos por estes incorridos” (Lei nº 8/2012, 2012, p. 827), incorrendo em “responsabilidade civil, criminal, disciplinar e financeira, sancionatória e ou reintegratória” (Lei nº 8/2012, 2012, p. 827) caso sejam assumidos compromissos em violação desta Lei. A alteração mais recente à “Lei dos Compromissos” (Lei nº 22/2015, 2015) acrescenta que o incumprimento dos compromissos assumidos resultará na impossibilidade de pagamentos de despesas de carácter permanente e de despesas com o pessoal, o que coloca um peso acrescido nas decisões do Enfermeiro Gestor, sobretudo no que diz respeito à gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos e ao desenvolvimento do planeamento estratégico (OE, 2015; Regulamento nº 101/2015).

O Gestor de Enfermagem está significativamente relacionado com a satisfação dos enfermeiros e clientes, é dele que partem as decisões relativas à gestão das equipas e implementação de práticas de segurança e qualidade dos cuidados (Schmalenberg & Kramer, 2008; Hinno *et al.*, 2011; Boev, 2012; Brewer & Verran, 2013). Segundo Aiken, Clarke, Douglas, Lake & Cheney (2008), a melhoria do ambiente da prática é uma das opções que os enfermeiros gestores dispõem para reter os enfermeiros e melhorar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Hinno *et al.* (2011) constataram que apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, as dotações adequadas, o apoio da gestão e maior autonomia dos enfermeiros são fatores-chave na produção de um ambiente de trabalho positivo,

melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e os planos de carreira dos enfermeiros.

No que diz respeito aos resultados dos estudos nacionais, há que considerar os achados de Amaral *et al.* (2013) e Jesus *et al.* (2015), onde a participação nas políticas organizacionais, a adequação de recursos humanos e materiais e a gestão, liderança e suporte dos profissionais não foi satisfatória para os enfermeiros, um aspeto a considerar pelos enfermeiros gestores, uma vez que a otimização dos recursos humanos, a gestão eficiente dos materiais e a promoção de estratégias de gestão participativa são critério de avaliação da competência presentes no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015) e podem representar uma possível intervenção no sentido de melhorar o ambiente da prática profissional de enfermagem, de forma a assegurar a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados ao cliente.

Os gestores devem estar despidos para os contributos que a investigação pode trazer para a otimização do ambiente de forma a assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem, o que, para Amaral & Ferreira (2013), trará repercussões positivas na gestão das organizações e na efetividade dos cuidados de enfermagem.

O modelo de equações estruturais desenvolvido por Van Bogaert *et al.* (2009a, 2013) procurou fornecer conceitos importantes que acompanhem o trabalho dos gestores, tendo encontrado uma relação direta entre uma forte gestão de enfermagem ao nível dos serviços e a avaliação da qualidade dos cuidados e *outcomes* profissionais, em que classificações positivas dos enfermeiros relativamente à relação multidisciplinar e gestão hospitalar-suporte organizacional parecem estar relacionadas com menor exaustão emocional e despersonalização, um maior sentido de realização pessoal e *outcomes* profissionais mais favoráveis e melhores avaliações de qualidade dos cuidados.

Os instrumentos utilizados para avaliar e mensurar o ambiente da prática de enfermagem são importantes para antecipar dificuldades nas organizações (Van Bogaert *et al.*, 2010, 2014). Tendo encontrado relação entre múltiplas dimensões do ambiente da prática dos enfermeiros a diferentes níveis organizacionais, Van Bogaert *et al.* (2010, 2014) alerta os gestores para a necessidade de considerar a conceção e desenvolvimento de unidades de enfermagem no contexto organizacional hospitalar

mais alargado. Assim, equipas de enfermagem com consciência da importância do trabalho em equipa, apoiadas pela organização, pelos gestores a nível do serviço e do hospital e pelos médicos com quem colaboram serão capazes de dar resposta a clientes com necessidade de cuidados cada vez mais complexos. Para Van Bogaert *et al.* (2010, 2014), a autonomia adquirida permitir-lhes-á transformar a organização numa organização de excelência e conseguir um ambiente da prática atrativo, com enfermeiros satisfeitos e melhores resultados de saúde.

Já Aiken & Poghosyan (2009) ao comparar os resultados de unidades de internamento de dois hospitais na Rússia e Arménia que sofreram uma intervenção para reforçar o ambiente da prática profissional de enfermagem e serviços que não sofreram essa intervenção, constataram que características do ambiente da prática como o envolvimento dos enfermeiros nas decisões hospitalares, o relacionamento entre enfermeiros e médicos, o apoio dos gestores para os cuidados de enfermagem e a continuidade dos cuidados melhoraram, ainda que a adequação dos recursos se tenha mantido inalterada. Assim, uma intervenção para a melhoria do ambiente da prática não obriga a um investimento financeiro, trazendo vantagens para os profissionais e para os clientes.

A gestão de enfermagem ao nível dos serviços e a gestão hospitalar-suporte organizacional surge como um fator determinante para a melhoria do ambiente da prática de enfermagem, apresentando uma relação significativamente positiva com a avaliação da qualidade pelos enfermeiros, a nível do serviço e do hospital, e a realização pessoal (Van Bogaert *et al.*, 2009b), encontrando-se avaliações negativas da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros quando os respondentes não referiram suporte por parte da organização (Van Bogaert *et al.*, 2010).

Para Hinno *et al.* (2011, 2012), o desafio que é o investimento na melhoria do ambiente da prática dos enfermeiros é compensado pelo benefício que resulta para as organizações hospitalares e os seus líderes.

A gestão e as organizações hospitalares devem encarar o desafio da melhoria do ambiente da prática de enfermagem como um investimento que se refletirá na melhoria dos resultados sensíveis ao cliente, nos *outcomes* profissionais e sobretudo na qualidade dos cuidados prestados, independentemente do contexto onde esse investimento ocorra.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA DO ESTUDO

É no sentido de obter uma resposta imparcial, rigorosa e fidedigna a uma problemática que se desenvolve a investigação científica. Segundo Ribeiro (2010, p. 11) “a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação”, sendo os objetivos da investigação, a representação do que o investigador se propõe a realizar para responder à questão de investigação. Tendo isto presente, tem-se como **questão de investigação**: qual a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na qualidade dos cuidados de saúde?

Tendo com **objetivo geral**, analisar a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros de instituições de saúde hospitalares na qualidade dos cuidados de enfermagem, e como **objetivos específicos**:

- Caracterizar os atributos organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros numa unidade hospitalar;
- Identificar as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros mais valorizadas pelos enfermeiros numa unidade hospitalar;
- Descrever a relação entre as características do ambiente da prática profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados prestados, de acordo com a avaliação dos enfermeiros.

1.1 - Tipo de Estudo

Este é um estudo quantitativo, observacional, descritivo, transversal e correlacional. Fortin (1999, p. 22) define o método quantitativo como “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis”, conduzindo a resultados passíveis de contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados, prever e controlar os acontecimentos. Para Burns & Grove (2004), o método quantitativo é baseado no rigor, objetividade e controlo.

De acordo com Ribeiro (2010), num estudo observacional o investigador não intervém, desenvolvendo procedimentos que lhe permitam descrever os acontecimentos e quais os seus efeitos nos sujeitos em estudo. Quando se trata de um estudo observacional-descritivo, pretende-se explorar e descrever o fenómeno em estudo, gerando novo conhecimento sobre conceitos e tópicos até então pouco estudados (Burns & Grove, 2004).

Num estudo transversal, o foco incide sobre um grupo representativo da população em estudo (Ribeiro, 2010), sendo os dados colhidos apenas numa ocasião (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Relativamente ao estudo correlacional, este é o “estudo das relações entre variáveis” (Almeida & Freire, 2003, p. 99) e permite ao investigador estabelecer e quantificar as relações entre as variáveis em estudo sem, no entanto, estabelecer significado de causalidade nas relações encontradas (Almeida & Freire, 2003). O estudo correlacional examina o tipo (positivo ou negativo) e a força da relação entre duas ou mais variáveis (Burns & Grove, 2004). Segundo Ribeiro (2010), insere-se no método epidemiológico de investigação, dando como exemplo, uma possível associação fator de risco e doença através da verificação de uma correlação forte.

De referir que o tratamento dos dados obtidos através da aplicação do questionário em anexo (Anexo 1) foi realizado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), *IBM® SPSS® Statistics*, versão 22.

1.2- População Alvo e Amostra

Hill & Hill (2012, p. 41) definem população alvo como o “conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões”.

Segundo Aiken & Patrician (2000), os enfermeiros, comparados com outros profissionais de saúde a nível hospitalar, serão aqueles que poderão providenciar informações mais precisas sobre os atributos organizacionais dos hospitais devido ao seu alargado campo de ação que os põe em contacto com uma grande parte dos aspetos da organização e ao seu envolvimento direto na tomada de decisão clínica.

Assim, define-se como população alvo os enfermeiros a desempenhar funções em contexto hospitalar, em duas Unidades de Internamento de Medicina, uma do Hospital A e outra do Hospital B, assim como no Bloco Operatório, Unidade de Transplantes e Unidade de Internamento de Cirurgia do Hospital B, pertencentes ao Centro Hospitalar X.

Relativamente à amostra, Ghiglione & Matalon (2001) reconhecem que é raro conseguir-se inquirir todos os membros de uma população e, sendo praticamente impossível e dispendioso, seria inútil pois é possível obter-se as mesmas informações, com uma margem de erro calculável. Como tal, dos 157 enfermeiros pertencentes à população alvo definida obteve-se uma amostra de 78 enfermeiros, cuja distribuição dos enfermeiros pelas unidades se encontra descrito no Quadro 1.

Quadro 1. Serviços participantes no estudo e questionários entregues e recolhidos

Hospital	Unidade	Enfermeiros do Serviço	Questionários entregues	Questionários respondidos	Taxa de Resposta
Hospital A	Medicina A	50	50	16	32%
Hospital B	Medicina B	30	30	21	70%
	Bloco Operatório	38	38	24	63,2%
	Unidade Transplantes	21	21	11	52,4%
	Cirurgia	18	10	6	60%
Total		157	149	78	52,3%

Os questionários foram entregues no período de 13 de Abril de 2015 a 29 de Maio de 2015, nas unidades mencionadas, e recolhidos posteriormente, sendo a aplicação dos questionários facilitada pelos elementos responsáveis pelos serviços.

Esta é uma amostra não probabilística ou intencional, pois desconhece-se a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra (Burns & Grove, 2004; Ribeiro, 2010), e sequencial, uma vez que todos os indivíduos que são elegíveis e constituem a amostra são escolhidos sem métodos probabilísticos, tal como refere Ribeiro (2010, p. 44) “primeiro que aparece, primeiro escolhido”.

1.3- Procedimentos e Considerações Ético-Legais

Para o desenvolvimento de um projeto de investigação que envolva pessoas há que considerar a concordância da investigação segundo o código de ética (Ribeiro, 2010). Assim, foi enviado um pedido de autorização à instituição onde se aplicaram os questionários. Obtido o devido parecer da Comissão de Ética e a autorização para a aplicação dos questionários, procedeu-se à distribuição dos questionários pelos enfermeiros.

O preenchimento do questionário pressupõe o consentimento informado e esclarecido, sendo garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes, em conformidade com os princípios de ética (Burns & Grove, 2004).

2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Ghiglione & Matalon (2001, p. 7-8) definem o inquérito como “uma interrogação particular acerca de uma situação englobando indivíduos, com o objetivo de generalizar”, em que o investigador não pretende modificar a situação em estudo.

“A escala de avaliação dos atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem” *Revised Nursing Work Index* versão portuguesa (NWI-R), é o instrumento de colheita de dados a aplicar tendo a sua utilização neste estudo sido autorizada pelos autores, apesar de a versão portuguesa não ter sido ainda publicada.

O *Revised Nursing Work Index* (NWI-R), um instrumento focado na determinação dos atributos organizacionais do ambiente da prática profissional de enfermagem a nível hospitalar, que pretende identificar e reconhecer atributos de um hospital ou de uma unidade funcional hospitalar através da confirmação da presença de uma série de fatores pelos enfermeiros, tendo vindo a ser aplicado numa diversidade de contextos da prática de cuidados de enfermagem a nível internacional (Aiken & Patrician, 2000).

O NWI-R divide-se em quatro subescalas que pretendem avaliar a autonomia, o controlo sobre o ambiente, a relação multidisciplinar e o suporte organizacional, encontrando-se os itens da escala referentes a cada subescala, distribuídos de acordo com o Quadro 2. De referir que o instrumento NWI-R tem sido amplamente utilizado em estudos desenvolvidos a nível internacional porém, a adequação cultural do instrumento aos contextos onde é aplicado gerou alterações a nível da sua adaptação linguística e do número de itens que se refletiram em instrumentos com diferentes subescalas, sendo o mais comum o instrumento com três subescalas relativas à gestão de enfermagem, adequação de recursos humanos e materiais e relação multidisciplinar (Van Bogaert *et al.*, 2009a,b, 2010, 2013, 2014; Rochefort & Clarke, 2010; Hinno *et al.*, 2012). Tal como afirmam Van Bogaert *et al.* (2009b) e Hinno *et al.* (2012), apesar das diferenças linguísticas e culturais e das variações na estrutura e, consequentemente, nas subescalas, o NWI-R é o instrumento que apresenta melhor validade e o mais amplamente utilizado em investigação, contribuindo para o estudo do ambiente da prática profissional de enfermagem a nível internacional.

Quadro 2. Subescalas do NWI-R e distribuição dos itens da escala pelas subescalas

SUBESCALA	ITENS
Autonomia (5 itens)	4. Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão. 6. A enfermagem controla a sua prática. 17. Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho. 24. A Direção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem. 33. O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos.
Controlo sobre o ambiente (7 itens)	1. Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos clientes. 11. Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem. 12. Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes. 13. O enfermeiro gestor é um bom gestor e líder. 16. Dotações suficientes para a prestação de cuidados. 44. Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado. 46. A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao mesmo cliente durante o internamento).
Relação multidisciplinar (3 Itens)	2. A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho. 26. Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar. 37. Existe colaboração multidisciplinar.
Suporte organizacional (10 Itens)	1. Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos clientes. 2. A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho. 6. A enfermagem controla a sua prática. 11. Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem. 12. Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes. 13. O enfermeiro gestor é um bom gestor e líder. 17. Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho. 24. A Direção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem. 26. Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar. 46. A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao mesmo cliente durante o internamento).

Definida como uma coleção de itens criado para avaliar uma dimensão, atributo ou fator com suposta relação entre si, a escala fornece uma nota ao que se pretende avaliar tendo em conta o resultado da soma dos itens que a constituem (Ribeiro, 2010). Assim, a versão portuguesa do NWI-R é composta por um questionário de 54 afirmações cuja concordância é determinada através de escala de Likert, variando entre “discordo totalmente” e “concordo totalmente”.

Quanto à avaliação da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros, a sua determinação surgiu através da concordância determinada por uma escala de Likert idêntica à supracitada, aplicada a quatro afirmações sobre a qualidade dos cuidados prestados pelo próprio, pela equipa onde se inclui, na unidade onde presta cuidados e pela sua perceção da satisfação do cliente relativamente à qualidade dos cuidados que lhe são prestados. Esta forma de avaliação da qualidade tem sido utilizada em diversos estudos e foi testada por McHugh & Stimpfel (2012), tendo concluído que as perceções dos enfermeiros a respeito da qualidade dos cuidados correspondia aos dados fornecidos por outros indicadores de qualidade, incluindo os resultados sensíveis aos cuidados como a mortalidade, as falhas de assistência e socorro, a satisfação do cliente, assim como as medidas de avaliação dos processos, o que se traduziu numa avaliação da qualidade correspondente à preconizada por Donabedian.

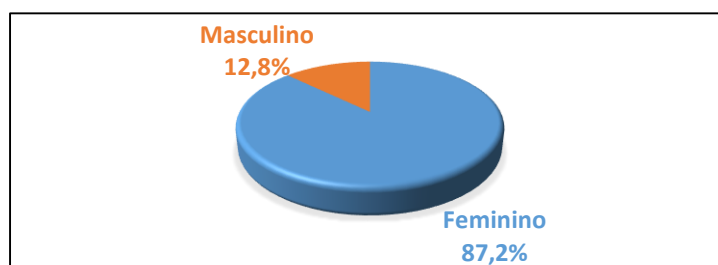
Atendendo a que o instrumento de colheita de dados utilizado, a NWI-R - versão portuguesa assim como a avaliação da perceção da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros, é um questionário cuja concordância com as afirmações apresentadas é determinada através de escala de Likert, optou-se pela aplicação de testes não paramétricos, uma vez que “a escala de Likert produz uma escala ordinal que deve ser tratada com estatística não paramétrica” (Ribeiro, 2010, p.95). Assim, tendo em conta que a escala de Likert utilizada varia entre 1 e 5 pontos, considera-se que valores inferiores a 3 são discordantes e maiores que 3 são concordantes, tendo o valor exato de 3 como ponto neutro.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados foram utilizadas técnicas da estatística descritiva e inferencial das quais constam: as frequências (absolutas e relativas), as medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão ou variabilidade (desvios padrão) e coeficientes (correlação de Spearman e Pearson), tendo sido fixado o valor de 0,05 para o nível de significância para todos os testes.

3 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A aplicação do questionário em anexo (Anexo 1) permitiu a obtenção dos dados necessários para a caracterização da amostra e do ambiente organizacional que serão apresentados em seguida. Assim, observando os dados apresentados no Gráfico 1 verifica-se que a maioria dos enfermeiros da amostra, concretamente 87,2%, são do sexo feminino.

Gráfico 1. Distribuição dos Enfermeiros por Sexo



Em relação à idade, de acordo com o Quadro 3 esta varia entre 24 e 56 anos, sendo a idade média de 37,24 anos com desvio padrão de 8,67 anos. Como se pode verificar 39,4% dos enfermeiros tinham entre 30 e 39 anos, estando a mediana nos 35 anos.

Quadro 3. Distribuição dos Enfermeiros por Idades

ANOS	N	Percentagem	\bar{x}	Md	S	Xmin	Xmáx
20-29	16	21%	37,24	35,00	8,67	24,00	56,00
30-39	30	39,4%					
40-49	22	28,8%					
50-59	8	10,4%					

No que diz respeito ao tempo de atividade profissional (Quadro 4), este varia entre os 6 meses e os 36 anos, estando 41,6% dos enfermeiros na primeira década de atividade profissional. A média de anos de atividade profissional situa-se nos 14,25 anos, com desvio padrão de 8,34 anos, verificando-se que o tempo de atividade profissional para metade dos enfermeiros é igual ou inferior a 13 anos.

Quadro 4. Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Atividade Profissional

ANOS	N	Percentagem	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}
0-9	32	41,6%	14,25	13,00	8,34	0,50	36,00
10-19	18	23,4%					
20-29	26	33,8%					
30-39	1	1,3%					

Observando os dados do Quadro 5 constata-se que o tempo de atividade profissional dos enfermeiros na organização atual varia entre 1 mês e 36 anos, com uma média de 11,65 anos e desvio padrão de 8,18 anos, verificando-se que metade dos enfermeiros estão na organização há 10 anos ou menos.

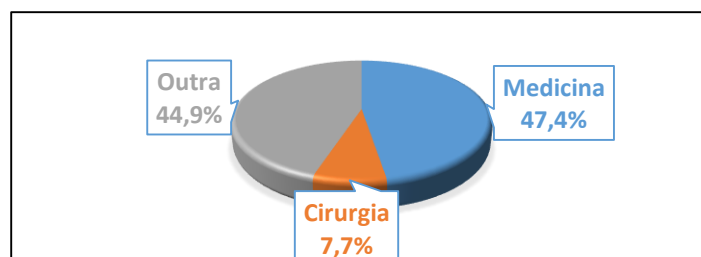
Quadro 5. Distribuição dos Enfermeiros segundo o Tempo de Atividade Profissional na Organização Atual

ANOS	N	Percentagem	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}
0-9	36	46,8%	11,65	10,00	8,18	0,08	36,00
10-19	24	31,2%					
20-29	16	20,8%					
30-39	1	1,3%					

Relativamente aos resultados apresentados (a média de idade, tempo de atividade profissional e tempo de atividade na atual organização), constata-se que são próximos aos de Amaral *et al.* (2013) e Jesus *et al.* (2015) nos seus estudos nacionais assim como aos de vários estudos internacionais (Aiken *et al.*, 2008; Aiken & Poghosyan, 2009; Van Bogaert *et al.*, 2009a,b, 2010). Já os enfermeiros dos estudos de Nantsupawat *et al.* (2011) e Hinno *et al.* (2011, 2012) apresentaram médias ligeiramente inferiores no que diz respeito ao tempo de atividade profissional e de atividade na atual organização e Rochefort & Clarke (2010) médias superiores.

No que diz respeito à tipologia do local de trabalho, segundo o Gráfico 2 constata-se que 47,4% desenvolve a sua atividade profissional em unidades de Medicina, 7,7% em unidades de Cirurgia e 44,9% em unidades de outras tipologias, enquadrando-se nesta categoria os enfermeiros do Bloco Operatório e Unidade de Transplantes.

Gráfico 2. Distribuição dos Enfermeiros por Tipologia de Unidade



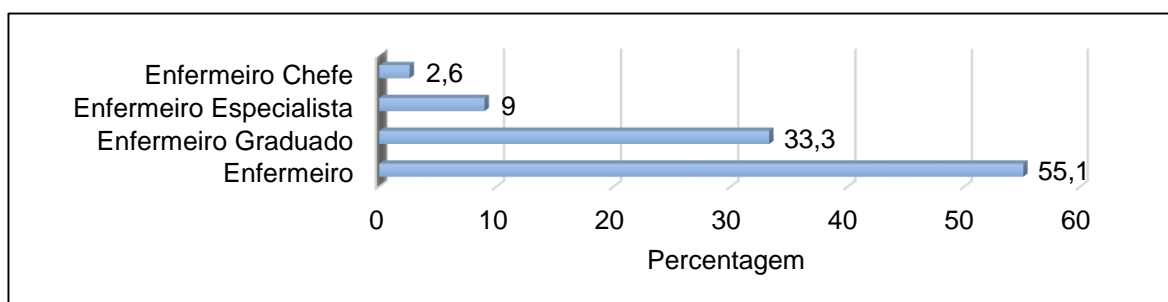
Relativamente às habilitações académicas (Quadro 6) verifica-se que a maioria dos enfermeiros é Licenciado, concretamente 82,1%, e que 15,4% dos enfermeiros possui formação académica posterior à Licenciatura, sendo que 7,7% possui um Mestrado, 6,4% uma Especialização e 1,3% uma Pós-Graduação, não existindo nenhum enfermeiro com o grau académico de doutor, resultados sobreponíveis aos de Amaral & Ferreira (2013) e ligeiramente inferiores aos de Jesus *et al.* (2015).

Quadro 6. Distribuição dos Enfermeiros por Habilitações Académicas

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	N	Percentagem
Bacharelato	2	2,6%
Licenciatura	64	82,1%
Mestrado	6	7,7%
Especialização	5	6,4%
Pós-Graduação	1	1,3%

No que diz respeito à categoria profissional (Gráfico 3), de acordo com o regime geral da carreira de enfermagem aprovada pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro ainda em vigor, constata-se que 9% dos enfermeiros são Enfermeiros Especialistas, enquanto 33,3% se encontram na categoria de Enfermeiro Graduado, sendo o maior grupo o que se enquadra na categoria de Enfermeiro (55,1%) e o menor grupo o que se enquadra na categoria de Enfermeiro Chefe (2,6%).

Gráfico 3. Distribuição dos Enfermeiros por Categoria Profissional

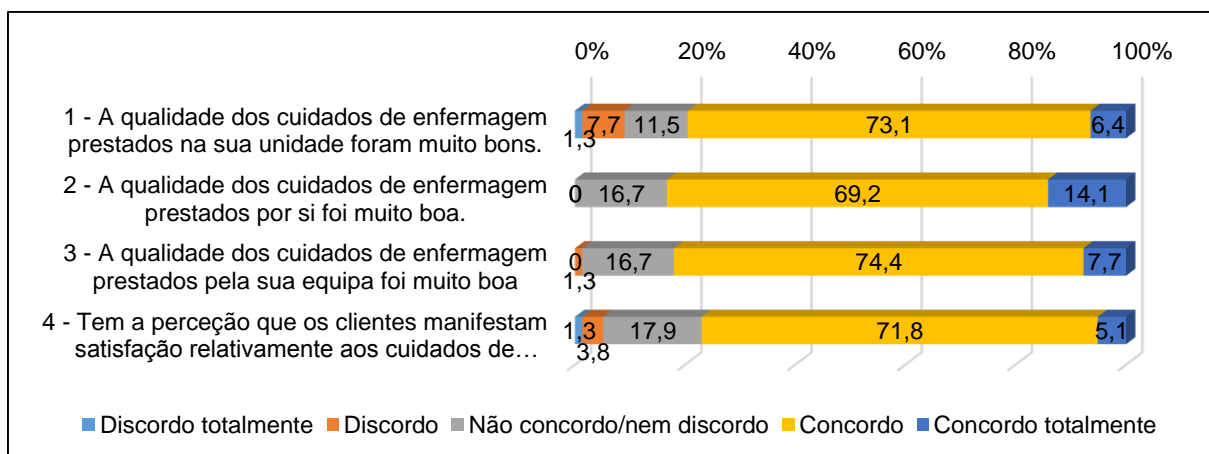


Relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem, esta foi avaliada segundo a percepção dos enfermeiros sobre os cuidados prestados no mês anterior à aplicação do questionário, tendo na sua globalidade, sido avaliada positivamente, uma vez que percentagem de concordância dos enfermeiros com as afirmações foi superior a 70% em todos os itens (Gráfico 4), resultado semelhante aos de Van Bogaert *et al.* (2009a,b, 2010). Já Hinno *et al.* (2011, 2012) e Van Bogaert *et al.* (2013, 2014) obtiveram uma concordância superior à encontrada no presente estudo em 10% a 16%, respetivamente. De notar que a diferença entre as percentagens de concordância se verificaram nos artigos cuja publicação foi posterior a 2010. Tal diferença na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem pelos enfermeiros poderá estar relacionado com o clima de austeridade vivenciado a nível nacional e que se repercutiu a nível da saúde através das limitações económico-financeiras que interferiram na gestão dos recursos materiais e humanos e cujos efeitos foram sentidos em primeira mão pelos clientes e pelos enfermeiros na sua prestação de cuidados.

Destaca-se ainda o item com percentagem de concordância mais elevado, o da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelo próprio com uma concordância de 83,3%, em que 14,1% dizem respeito à concordância total, sendo o único item que não obteve percentagem de discordância, e o que obteve a concordância mais baixa, o da percepção da satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem com 76,9% de concordância. No que diz respeito à percentagem de discordância, a mais elevada (9%) verificou-se no item relativo à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na unidade. Rochefort & Clark (2010) e Nantsupawat *et al.* (2011) obtiveram resultados superiores no seu estudo, tendo 19,2% e 27% dos enfermeiros inquiridos, respetivamente, avaliado a qualidade dos cuidados prestados na sua unidade como suficientes ou pobres, já Van Bogaert *et al.* (2009a) obteve apenas 3% de discordância. De referir que os enfermeiros inquiridos por Rochefort & Clark (2010) se encontravam a prestar cuidados numa área específica (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais) e com mais tempo de experiência profissional e na organização que a amostra do presente estudo, o que se poderá refletir numa capacidade crítica sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem mais desenvolvida pelo tempo de experiência profissional. Quanto aos resultados de Nantsupawat *et al.* (2011), o facto de as dotações de enfermeiros estarem muito

aquém do desejado e de 40% dos enfermeiros inquiridos sofrerem de elevado *burnout* podem estar na origem dos resultados relativos à qualidade dos cuidados.

Gráfico 4. Distribuição das respostas dos enfermeiros em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem no mês anterior à aplicação do questionário



Quanto à média da concordância em relação à qualidade dos cuidados de enfermagem (Quadro 7), verificou-se uma média global de 3,84 (Mediana 4,0, Desvio padrão 0,48). Também a nível da média de concordância se observou um valor mais elevado relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pelo próprio (3,97). Uma vez que quanto maior for a pontuação melhor será a avaliação de qualidade, constatou-se que, no geral, a qualidade dos cuidados de enfermagem no mês anterior à aplicação do questionário foi avaliada positivamente pelos enfermeiros.

Quadro 7. Medidas descritivas referentes à percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem pelos enfermeiros

QUALIDADE DOS CUIDADOS	\bar{x}	Md	S	Xmin	Xmáx
Cuidados prestados na Unidade	3,76	4,00	0,74	1,00	5,00
Cuidados prestados pelo próprio	3,97	4,00	0,56	3,00	5,00
Cuidados prestados pela equipa	3,88	4,00	0,53	2,00	5,00
Percepção da satisfação dos clientes	3,76	4,00	0,67	1,00	5,00

A aplicação da versão portuguesa do NWI-R permitiu determinar a percepção dos enfermeiros inquiridos em relação ao seu ambiente de trabalho. Os dados relativos à frequência de respostas dos enfermeiros inquiridos permitem analisar as características do ambiente profissional de enfermagem mais valorizadas pelos enfermeiros, tendo em conta as quatro subescalas do NWI-R.

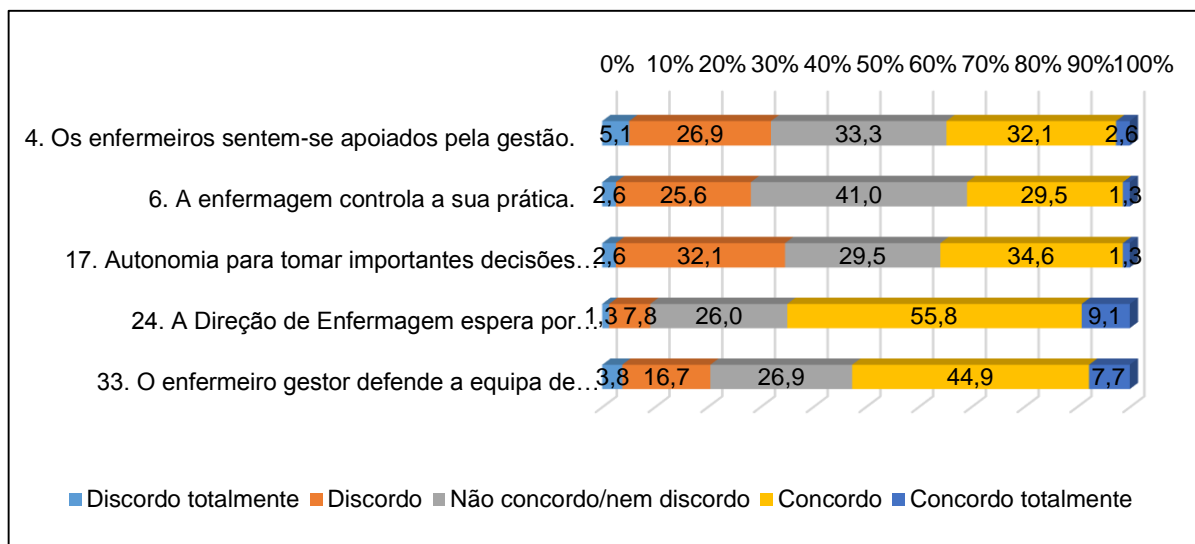
Para os 5 itens da subescala Autonomia verificou-se uma percentagem de concordância entre 30,8% e 64,9%, tal como se pode observar no Gráfico 5, sendo o item 6 “A enfermagem controla a sua prática” aquele que apresentou menor percentagem de concordância e o item 24 “A Direção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem” a maior, tendo Hinno *et al.* (2011) obtido um resultado aproximado neste item (62%). O item 17 “Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho” apresentou percentagens muito próximas de concordância e discordância, 35,9% e 34,7% respetivamente, assim como o item 4 “os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão”, 34,7% de concordância e 32% de discordância, ficando muito aquém dos 68% de concordância obtidos por Hinno *et al.* (2011). No que diz respeito ao item 33 “O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos”, 52,6% dos inquiridos revelaram concordância com a afirmação, tendo Hinno *et al.* (2011) obtido 61% de concordância neste item.

Verificou-se que 3 dos 5 itens da subescala apresentaram resultados de concordância e discordância relativamente próximos, sendo estes os itens cujas afirmações eram diretamente relativas à autonomia experienciada pelo enfermeiro, o que levanta algumas questões sobre a perceção de autonomia que os enfermeiros inquiridos experienciam na sua prestação de cuidados. No seu estudo sobre a autonomia dos enfermeiros, Ribeiro (2011) concluiu que a perceção de autonomia profissional depende de fatores como a satisfação profissional, a capacidade de tomar decisões no seu quotidiano de trabalho, variando também em função das habilitações académicas, da categoria profissional e do local de trabalho, como tal, e tendo em conta os resultados obtidos e as características da amostra, a predominância de enfermeiros licenciados e com categoria profissional de enfermeiros pode estar na origem da perceção de autonomia evidenciada.

O *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) aponta a autonomia como uma das variáveis relacionadas com a organização dos cuidados de saúde com influência direta na prestação de cuidados de enfermagem (Amaral, 2010; Doran, 2011), assim como a dotação de enfermeiros, pelo que intervenções do enfermeiro gestor no sentido de garantir e desenvolver a competência dos enfermeiros através de uma melhoria ao nível da dotação permitiriam ao enfermeiro desenvolver a sua autonomia

na prestação de cuidados pois, tal como refere Van Bogaert *et al.* (2013), o envolvimento do enfermeiro gestor a nível da unidade é fundamental devido à sua influência a nível da amplitude de decisão dos enfermeiros e do capital social.

Gráfico 5. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Autonomia

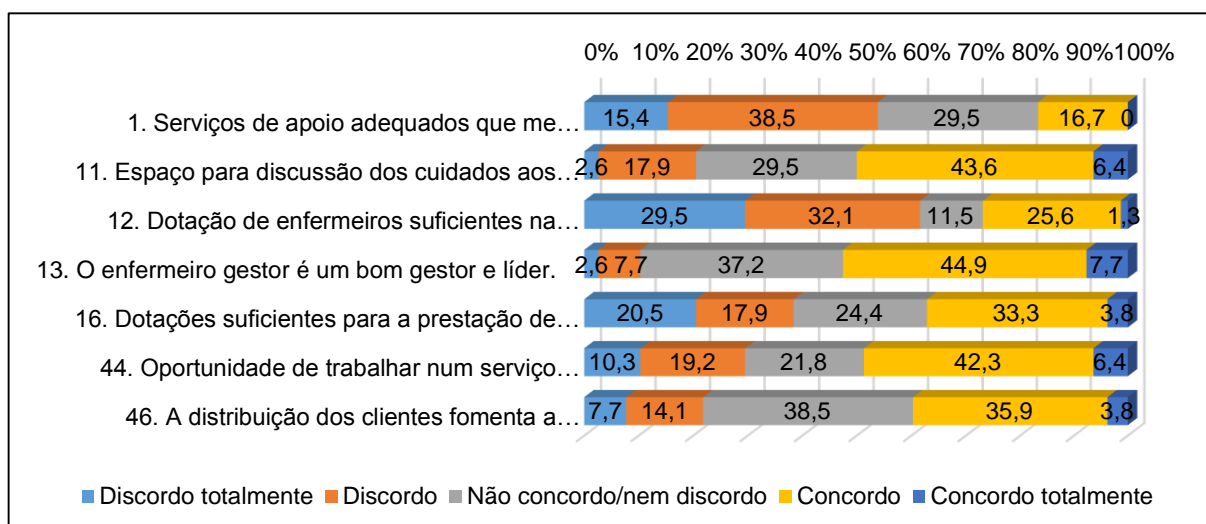


Relativamente aos 7 itens da subescala Controlo sobre o Ambiente, representados no Gráfico 6, verificou-se uma percentagem de concordância com os itens entre 16,7% e 52,6%, sendo que 4 itens apresentaram percentagens elevadas de concordância, destacando-se a percentagem de concordância no item referente à capacidade de liderança e gestão do enfermeiro gestor (52,6%). Van Bogaert *et al.* (2009, 2009a, 2010, 2013), Hinno *et al.* (2011), Amaral & Ferreira (2013) também obtiveram resultados positivos no que diz respeito à liderança e gestão do enfermeiro gestor, contudo tal não se verificou no estudo nacional mais recente, tendo Jesus *et al.* (2015) obtido resultados negativos. Assim, os enfermeiros inquiridos revelam ter uma perceção positiva relativamente à capacidade de liderança e gestão do enfermeiro gestor, o que poderá ser um fator chave na implementação de estratégias de melhoria do ambiente da prática de enfermagem e, consequentemente, na qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo Van Bogaert *et al.* (2013) encontrado uma relação direta entre a gestão ao nível dos serviços e a avaliação da qualidade dos cuidados e *outcomes* profissionais.

Porém, para 3 dos itens que compõem a subescala, referentes à adequação dos serviços de apoio e dotação de enfermeiros, uma maior percentagem de enfermeiros referiu discordância em relação à afirmação apresentada, sendo o item

12 “Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes” aquele que apresentou a percentagem mais elevada (61,6%), um achado significativo, tendo em conta a relação encontrada por de Hinno *et al.* (2011, 2012) entre resultados negativos em relação à dotação de enfermeiros e avaliações desfavoráveis de qualidade dos cuidados pelos enfermeiros. Os resultados encontrados diferem dos de Aiken & Poghosyan (2009), Rochefort & Clark (2010), Hinno *et al.* (2011), em que a percentagem de concordância com a adequação dos serviços de apoio e com a dotação de enfermeiros ultrapassou os 55%, mas assemelham-se aos resultados de Van Bogaert *et al.* (2009), Nantsupawat *et al.* (2011), Amaral & Ferreira (2013) e Jesus *et al.* (2015) cujos estudos não evidenciaram resultados favoráveis, enquadrando-se desta forma nos resultados dos estudos nacionais.

Gráfico 6. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Controlo sobre o Ambiente

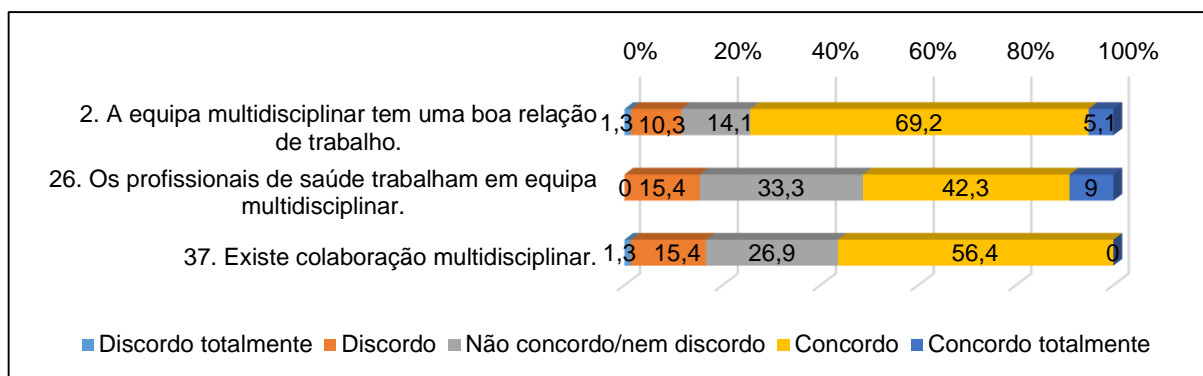


Boev (2012) afirma que sem recursos suficientes os enfermeiros não conseguem prestar cuidados de excelência, facto que parece estar presente na perceção dos enfermeiros inquiridos sobre a adequação dos recursos existentes. Os equipamentos e materiais adequados e suficientes para a prestação de cuidados num ambiente de trabalho seguro são apontados como uma das características do ambiente favorável à prática de enfermagem pelo Conselho Internacional de Enfermagem (2007). Tendo em conta que, segundo o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001), o ambiente afeta a conduta do enfermeiro e o seu desenvolvimento profissional, favorecendo-o ou dificultando-o, a melhoria da adequação dos serviços de apoio e da dotação de enfermeiros poderá ser um fator

facilitador de uma conduta dos enfermeiros mais motivada para a procura da excelência no cuidar, refletindo-se no ambiente da prática dos enfermeiros.

Quanto aos 3 itens da subescala Relação Multidisciplinar, tendo em conta o Gráfico 7, a percentagem de concordância superou os 50% em todos os itens, sendo o item 2 “A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho” aquele que apresentou maior percentagem, mais precisamente 74,3%. Os resultados encontrados são corroborados pelos artigos encontrados, onde os itens referentes à relação multidisciplinar foram avaliados positivamente (Aiken & Poghosyan, 2009; Van Bogaert *et al.*, 2009a, 2010, 2013, 2014; Rochefort & Clarke, 2010; Hinno *et al.*, 2011, 2012; Nantsupawat *et al.*, 2011, Amaral *et al.*, 2013; Jesus *et al.*, 2015), o que reflete a forma como os enfermeiros valorizam a comunicação e colaboração com os médicos e os vários profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados, pois, considerando a realidade dos enfermeiros, a relação em questão não se limita aos enfermeiros e médicos mas engloba toda uma equipa multidisciplinar que participa nos cuidados ao cliente e da qual o enfermeiro é parte integrante. Segundo Van Bogaert *et al.* (2010), as equipas de enfermagem que reconhecem a importância do trabalho de equipa e que tenham o apoio dos médicos e gestores a nível da unidade da organização serão capazes de dar resposta a necessidades de cuidados complexas.

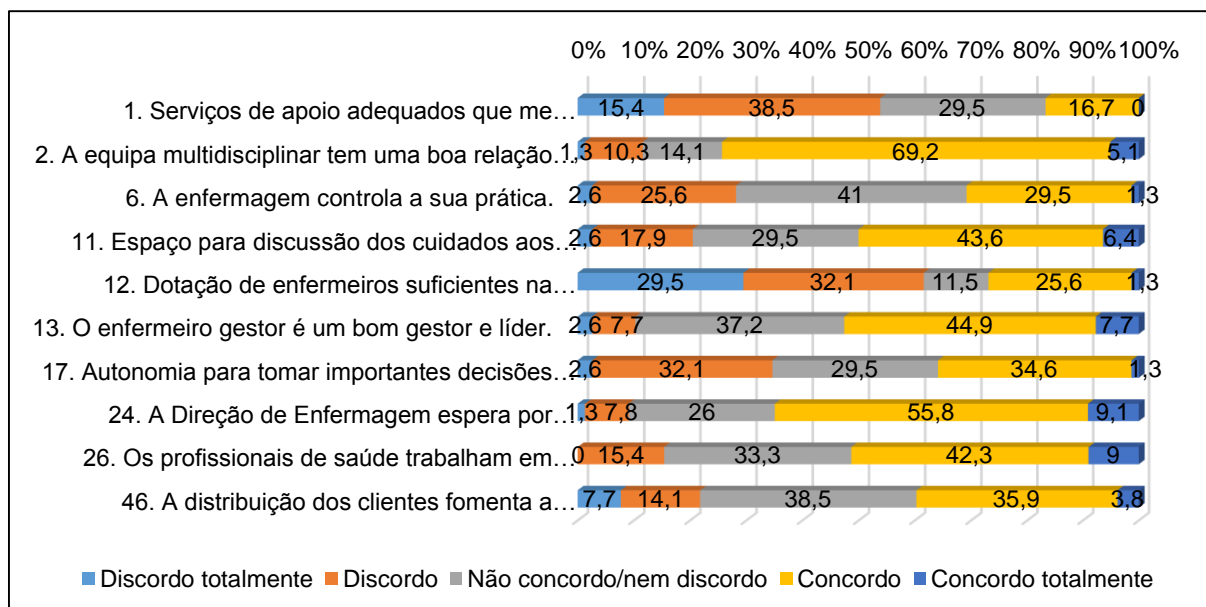
Gráfico 7. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Relação Multidisciplinar



Relativamente aos 10 itens da subescala Suporte Organizacional, observou-se que a percentagem de concordância foi superior à de discordância em 8 itens, situando-se nestes casos entre os 31,8% e os 74,3%, tal como se pode verificar no Gráfico 8. Os dois itens que receberam maior percentagem de discordância, 43,9% e

61,6%, referem-se à adequação dos serviços de apoio e às dotações de enfermeiros, tal como já se tinha verificado anteriormente.

Gráfico 8. Distribuição das respostas dos enfermeiros para a subescala Suporte Organizacional



A maioria dos estudos encontrados apresentaram resultados neutros (Van Bogaert *et al.*, 2009a) ou negativos (Van Bogaert *et al.*, 2009b, 2010, 2014; Hinno *et al.*, 2011, 2012). Já no estudo de Amaral *et al.* (2013) os resultados foram positivos, corroborando os resultados encontrados, contudo Jesus *et al.* (2015) obteve resultados negativos no que diz respeito ao suporte dos enfermeiros. Aiken & Poghosyan (2009) comprovaram a utilidade de intervenções para a melhoria do ambiente da prática profissional de enfermagem, uma vez que os resultados tendencialmente neutros obtidos nesta subescala tornaram-se positivos após um programa de intervenção para a melhoria do ambiente da prática.

A média global de concordância dos enfermeiros com os itens do NWI-R – versão portuguesa foi de 3,07 (Mediana 3,08; Desvio padrão 0,42), pelo que o ambiente da prática profissional de enfermagem é, no geral, favorável, ainda que pouco acima do ponto neutro.

Quanto à média de concordância por subescala (Quadro 8) e, tendo presente que quanto maior for a pontuação de cada subescala maior será a presença dos atributos favoráveis à prática profissional de enfermagem, verifica-se que a média é superior a 3 em todas as subescalas, exceto a subescala Controlo sobre o Ambiente com uma média de 2,97.

Quadro 8. Medidas descritivas das subescalas do NWI-R – versão portuguesa

SUBESCALA	\bar{x}	Md	s
Autonomia	3,21	3,20	0,60
Controlo sobre o ambiente	2,97	3,00	0,71
Relação multidisciplinar	3,50	3,67	0,66
Suporte organizacional	3,16	3,20	0,50

Para Amaral *et al.* (2013) a subescala participação nas políticas do hospital foi a que apresentou a média mais baixa, enquanto para Jesus *et al.* (2015), apesar de também ter apresentado uma média inferior ao ponto neutro, a média mais baixa estava relacionada com a adequação dos recursos humanos e materiais. Também no estudo de Van Bogaert (2009a,b) os itens relacionados com o controlo sobre o ambiente e políticas hospitalares evidenciaram resultados baixos, porém Hinno *et al.* (2011) obteve resultados positivos. Os resultados obtidos sugerem alguma dificuldade de envolvimento nas decisões da organização passíveis de influenciar o ambiente da prática pelos enfermeiros inquiridos. Aiken & Poghosyan (2009) afirmam que o envolvimento dos enfermeiros nas decisões organizacionais e nas políticas hospitalares é um fator determinante nas reformas hospitalares.

A subescala que registou a média superior foi a subescala Relação multidisciplinar com 3,50. Nos estudos internacionais (Aiken & Poghosyan, 2009; Van Bogaert *et al.*, 2009a,b, 2010, 2013, 2014; Hinno *et al.*, 2011; 2012; Nantsupawat *et al.*, 2011; Papastavrou *et al.*, 2012) e nacionais (Amaral *et al.*, 2013; Jesus *et al.*, 2015) as subescalas relativas à relação multidisciplinar e equipa multidisciplinar também evidenciaram resultados favoráveis, tal como se tinha verificado aquando da análise da percentagem de concordância a cada um dos itens da subescala. Porém, dos sete países onde o estudo de Papastavrou *et al.* (2012) foi realizado, Portugal apresentou os resultados mais baixos nesta subescala, ainda que positivos.

A subescala com a segunda melhor média foi a subescala Autonomia com 3,21. Como já foi referido, a adaptação cultural e linguística do NWI-R originou instrumentos com diferentes subescalas, pelo que nos estudos encontrados a subescala Autonomia do instrumento original e avaliada no presente estudo foi suprimida, o que dificultou a discussão dos resultados relativos a esta subescala. Porém, Papastavrou *et al.* (2012) e Van Bogaert *et al.* (2013) incluíram a autonomia dos enfermeiros nos seus estudos,

avaliando-a através da amplitude de decisão, obtendo também resultados positivos. Apesar de, como se verificou na análise da percentagem de concordância, os enfermeiros inquiridos revelarem alguma ambiguidade quando questionados diretamente sobre a perceção de autonomia, contata-se que é ao nível da intervenção do enfermeiro gestor e da Direção de Enfermagem, ao promover elevados padrões de qualidade nos cuidados, que a perceção de autonomia é evidenciada.

Por fim, a subescala Suporte Organizacional apresentou uma média de 3,16, tendo Amaral *et al.* (2013) também obtido um resultado positivo. No entanto, a maioria dos estudos evidenciaram resultados menos favoráveis (Van Bogaert *et al.*, 2009a, b, 2010; Hinno *et al.*, 2011, 2012; Jesus *et al.*, 2015), sendo o estudo de Amaral *et al.* (2013) a exceção, corroborando os resultados obtidos. Considerando que a perceção de suporte organizacional pode ser melhorada através de práticas de liderança transformacional (Laschinger *et al.*, 2011), o enfermeiro gestor pode otimizar os recursos humanos, gerir eficazmente o talento e implementar estratégias de reconhecimento e recompensa (OE, 2014).

De referir que dos 54 itens do NWI-R – versão portuguesa, o item que revelou menor média (1,68) e maior percentagem de discordância (84,6%) foi o item 5 “Remuneração satisfatória”, achado que poderá estar associado ao clima de austeridade que afeta o país nos últimos anos e que, para além de ter reduzido o salário dos enfermeiros, impossibilitou o descongelamento das carreiras e a progressão remuneratória, assim como os achados relativos à elevada percentagem de discordância relativamente à adequação dos serviços de apoio e dotação de enfermeiros, também penalizados com os efeitos da austeridade. Ainda assim, apesar de estes fatores exercerem uma influência significativa no ambiente da prática profissional de enfermagem, tal como referido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2007), Aiken & Poghosyan (2009) demonstraram no seu estudo que é possível melhorar o ambiente da prática sem que necessariamente haja um investimento a nível do fortalecimento das remunerações e dos recursos. O enfermeiro gestor tem então um papel preponderante ao liderar o processo de melhoria do ambiente da prática de enfermagem e organizando detalhadamente os recursos humanos e materiais existentes de forma a dar resposta às necessidades do

cliente e promovendo a segurança, a excelência e a qualidade dos cuidados (McSherry *et al.*, 2012; Choi *et al.*, 2013; OE, 2014).

Os resultados relativos às subescalas do NWI-R – versão portuguesa e à percepção da qualidade dos cuidados de enfermagem pelos enfermeiros no mês anterior à aplicação do questionário foram submetidos a estudos de correlação através do coeficiente de correlação de Spearman e do respetivo teste de significância, de forma a determinar se existe relação entre as variáveis e qual o tipo de relação.

Como se pode observar no Quadro 9, verificou-se a existência de correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre todas as subescalas do NWI-R – versão portuguesa e a qualidade dos cuidados prestados na unidade e pela equipa. Todas as correlações estatisticamente significativas encontradas foram positivas, variando entre 0,32 e 0,47. Tendo em conta que a força da relação entre as variáveis é maior quanto mais próxima de -1 ou +1, ou seja, de acordo com Polit & Beck (2004), valores maiores indicam associações mais fortes entre as variáveis, porém, para a maioria das variáveis psicossociais as correlações encontram-se entre 0,10 e 0,40.

Quadro 9. Resultado da aplicação do teste de Correlação de Spearman relativamente às subescalas do NWI-R – versão portuguesa com a qualidade dos cuidados de enfermagem no mês anterior à aplicação do questionário

SUBESCALA do NWI-R	QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (\bar{x})	
	r_s	P
Autonomia	+0,32	0,004
Controlo sobre o ambiente	+0,38	0,001
Relação multidisciplinar	+0,45	0,000
Suporte organizacional	+0,47	0,000

Ao testar a relação das subescalas do NWI-R – versão portuguesa entre si, através da correlação de Pearson (Quadro 10), verificou-se a existência de correlação significativa ($p \leq 0,05$) entre todas as subescalas, encontrando-se uma correlação positiva forte entre a subescala Suporte organizacional e as restantes subescalas, destacando-se a correlação positiva entre o Suporte organizacional e o Controlo sobre o ambiente como a mais forte (+0,88).

Quadro 10. Resultado da aplicação do teste de Correlação de Pearson entre as subescalas do NWI-R – versão portuguesa

SUBESCALA do NWI-R	SUBESCALA do NWI-R			
	Autonomia	Controlo sobre o ambiente	Relação multidisciplinar	Suporte organizacional
Autonomia	+1	+0,53**	+0,29*	+0,75**
Controlo sobre o ambiente	+0,53**	+1	+0,55**	+0,88**
Relação multidisciplinar	+0,29*	+0,55**	+1	+0,67**
Suporte organizacional	+0,75**	+0,88**	+0,67**	+1

*p≤0,05 **p≤0,01

Assim, os resultados sugerem que ambientes da prática profissional de enfermagem favoráveis influenciam positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem percecionada pelos enfermeiros. Este achado é corroborado pelos estudos de Aiken & Poghosyan (2009), Van Bogaert *et al.* (2009a,b, 2010, 2013, 2014), Rochefort & Clarke (2010) e Hinno *et al.* (2011, 2012), onde esta relação foi também encontrada. Já os achados de Nantsupawat *et al.* (2011) e Hinno *et al.* (2011) sugerem que nos hospitais onde o ambiente da prática profissional de enfermagem e a dotação de enfermeiros é favorável têm menos probabilidade de obter avaliações negativas da qualidade dos cuidados percecionada pelos enfermeiros. De referir que no seu estudo 2011 de Hinno *et al.* (2011) não encontrou relação entre a subescala relativa à relação multidisciplinar e trabalho de equipa e a qualidade dos cuidados de enfermagem, porém, esta relação é encontrada na amostra finlandesa do estudo de 2012 (Hinno *et al.*, 2012).

Lake (2002) afirma que o ambiente da prática profissional de enfermagem é um dos fatores que influenciam os cuidados de enfermagem, interferindo na sua qualidade e efetividade. A relação significativa entre as subescalas do NWI-R e a perceção da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros encontrada nos resultados deste estudo e corroborada pelas evidências apresentadas, vem reforçar esta afirmação.

4 – CONCLUSÕES

O ambiente da prática profissional de enfermagem é um ambiente complexo onde a necessidade de decisões pelo enfermeiro como indivíduo, elemento de uma equipa multidisciplinar ou em parceria com o cliente é constante (Papastavrou *et al.*, 2012), sendo as características organizacionais do ambiente de trabalho do enfermeiro facilitadoras ou constrangedoras para a prática profissional de enfermagem (Lake, 2002).

Através da aplicação da versão portuguesa do instrumento NWI-R, verificou-se que os enfermeiros que participam no estudo consideram, no geral, que o ambiente da prática profissional de enfermagem em que se inserem é favorável. Porém, a subescala Controlo sobre o Ambiente foi avaliada desfavoravelmente, sugerindo que os enfermeiros inquiridos poderiam ter um maior envolvimento nas decisões organizacionais passíveis de influenciar o ambiente da sua prática profissional.

Os itens relativos à dotação de enfermeiros e a adequabilidade dos serviços de apoio foram, em conjunto com o item relativo à satisfação com a remuneração, os que obtiveram os resultados mais desfavoráveis, evidenciando a escassez de recursos humanos e materiais que os enfermeiros inquiridos vivenciam diariamente na sua prestação de cuidados. Também Aiken, Sloane, Bruyneel, Van den Heede & Sermeus (2013), no seu estudo Europeu, constaram que os fatores de insatisfação mais apontados pelos enfermeiros eram a remuneração, as oportunidades formativas e de progressão na carreira e a gestão dos recursos humanos e materiais, concluindo que mais de um em cada cinco enfermeiros estava insatisfeito com o seu trabalho.

De referir que, apesar de na sua globalidade a subescala Autonomia ter evidenciado resultados favoráveis, os itens relativos à autonomia experienciada diretamente pelo enfermeiro apresentaram resultados próximos de concordância e discordância, o que sugere a necessidade de intervir no sentido de fortalecer a Autonomia dos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem.

A subescala Relação Multidisciplinar e o item referente à capacidade de liderança do gestor obtiveram resultados muito favoráveis, constatando-se que os enfermeiros inquiridos consideram que têm uma boa relação com o enfermeiro gestor

e a equipa multidisciplinar, o que demonstra a importância que atribuem ao trabalho de equipa e à relação com o gestor.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados de enfermagem, contactou-se que os enfermeiros inquiridos têm uma perceção positiva da qualidade dos cuidados prestados por si e pela sua equipa, assim como da satisfação dos clientes com os cuidados prestados.

Encontrou-se uma relação significativa e positiva entre todas as subescalas do NWI-R e da qualidade dos cuidados de enfermagem, segundo a avaliação dos enfermeiros. Desta forma, conclui-se que o ambiente da prática profissional de enfermagem influencia positivamente a qualidade dos cuidados de enfermagem, ou seja, ambientes da prática de enfermagem favoráveis estão relacionados com avaliações positivas da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como foi sendo referido no capítulo anterior, os resultados evidenciaram algumas semelhanças com outros estudos realizados nesta área, porém, verifica-se que há espaço para a implementação de melhorias, sobretudo no que diz respeito à autonomia do enfermeiro, na participação dos enfermeiros nas decisões que influenciem o ambiente da sua prática e otimização dos recursos humanos e materiais. Estudos realizados a nível Europeu reforçam as vantagens de investir nestas melhorias, já que a participação dos enfermeiros nas decisões relativas à unidade onde prestam cuidados e à organização, o apoio da gestão, a relação multidisciplinar, a gestão eficaz dos recursos humanos e materiais, a oportunidade de progressão na carreira e de formação e os projetos organizacionais relativos à qualidade dos cuidados surgem como fatores fundamentais para um ambiente da prática favorável (Rafferty, Ball & Aiken, 2001; Aiken *et al.*, 2013; Van den Heede *et al.*, 2013). Também Rafferty, Ball & Aiken (2001) concluíram que resultados favoráveis de trabalho em equipa multidisciplinar influenciam a qualidade dos cuidados segundo a perceção dos enfermeiros, tendo também encontrado uma forte relação entre o trabalho em equipa e a autonomia, sugerindo a existência de uma sinergia na interação entre estas duas variáveis. A autonomia pode ser então incentivada pelas organizações sem receio de afetar a relação entre a equipa multidisciplinar (Rafferty, Ball & Aiken, 2001).

Como principais limitações a este estudo apontam-se: a amostra reduzida, pelo que os resultados encontrados se referem apenas aos enfermeiros inquiridos, não

sendo passível de generalizações; o método de amostragem, sendo este não probabilístico e menos desejável que o probabilístico, mas o que mais se adequou ao tempo e recursos disponíveis; e a diferença nos métodos, instrumentos e subescalas utilizadas nos vários estudos encontrados, dificultando a comparação dos resultados obtidos.

Desta forma, sugere-se que, em estudos futuros, se procure obter uma amostra mais representativa dos enfermeiros, incluindo unidades de outras tipologias, e se procurem utilizar métodos de pontuação semelhantes, de forma a obter uma maior consistência e facilitar a comparação de resultados.

A realização deste estudo permitiu que os enfermeiros inquiridos exprimissem a sua perceção sobre o ambiente da sua prática e a qualidade dos cuidados prestados e forneceu à Gestão em Enfermagem evidências importantes para a sua atuação na organização dos serviços de enfermagem e no desenvolvimento de ambientes favoráveis à prática, o que terá influência positiva na prestação de cuidados de enfermagem e se refletirá numa melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A identificação de áreas que carecem de intervenção e otimização permitirão ao Enfermeiro-Gestor antecipar dificuldades e desenvolver estratégias de melhoria, pois, tendo presente que a insatisfação dos profissionais com o ambiente da sua prática está associado a uma elevada percentagem de intenção de abandono do hospital mesmo existindo dificuldades para encontrar um novo emprego (Aiken *et al.*, 2013) e num momento em que se assiste a uma elevada rotatividade de enfermeiros dos hospitais para as unidades de cuidados de saúde primários, um investimento na melhoria do ambiente da prática profissional de enfermagem será uma das estratégias fundamentais para reter enfermeiros experientes nas unidades hospitalares.

Considera-se que a realização deste estudo também trouxe um importante contributo para a investigação, uma vez que a aplicação do instrumento NWI-R versão portuguesa permitiu reforçar a sua validade e contribuir com evidência científica para a investigação em Enfermagem através da caracterização do ambiente da prática profissional de enfermagem dos enfermeiros inquiridos e ao demonstrar uma relação significativa e positiva com a qualidade dos cuidados de enfermagem, como tal, pretende-se que os achados deste estudo sejam devidamente divulgados, sempre que haja oportunidade e nos meios adequados para o efeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. & Poghosyan, L. (2009). Evaluation of “Magnet Journey to Nursing Excellence Program” in Russia and Armenia. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), pp. 166–174. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01268.x
- Aiken, L. & Patrician, P. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49 (3), pp. 146-153.
- Aiken, L., Buchan, J., Ball, J. & Rafferty, A. (2008). Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), pp. 3330-3337. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02640.x
- Aiken, L., Cimiotti, J., Sloane, D., Smith, H., Flynn, L. & Neff, D. (2012). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *JONA: The Journal of Nursing Administration, Supl. ao Vol. 42 (10)*, , pp. S10-S16.
- Aiken, L., Clarke, S., Douglas, M., Lake, E. & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), pp. 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.
- Aiken, L., Havens, D. & Sloane, D. (2000). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100 (3), pp. 26-36.
- Aiken, L., Sloane, D., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses’ reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International journal of nursing studies*, 50(2), pp. 143-153. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aungsuroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), pp. 357-364 . doi:http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzr022
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilibrios.

- Alves, V. & Feldman, L. (2011). *Gestores de Saúde no Âmbito da Qualidade: atuação e competências - abordagem multidisciplinar*. São Paulo: Martinari.
- Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, pp. 96-105.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 66-74.
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T. & Cardoso, M. (2013). A percepção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 75-81.
- Boev, C. (2012). The Relationship Between Nurses' Perception of Work Environment and Patient Satisfaction in Adult Critical Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), pp. 368–375. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01466.x
- Brewer, B. & Verran, J. (2013). Measuring Nursing Unit Environments with Four Composite Measures. *Nursing Economics*, 31(5), pp. 241-249.
- Burns, N. & Grove, S. (2004). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5ª ed.). St Louis: Elsevier/Saunders.
- Camara, P., Guerra, P. & Rodrigues, J. (2010). *Novo Humanator* (4ª ed.). Alfragide: D. Quixote.
- Chiavenato, I. (1992). *Recursos Humanos (Edição Compacta)* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Choi, S., Cheung, K. & Pang, S. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21, pp. 429-439. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01415.x
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2007). *Ambientes Favoráveis à Prática: Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade*. (A. Baumann, Ed., H. Castro, & A. M. Silva, Trans.) Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-lei nº 437/91, Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. (8 de Novembro de 1991). *Diário da República I, Série A, Nº 257, 5723-5741*. Obtido de <https://dre.pt/application/file/331930>

- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press.
- Doran, D. & Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, pp. 61-70.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x
- Doran, D. (Ed.). (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. (N. Salgueiro, Trad.) Loures: Lusociência. .
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico - complexidade e performance*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Geiger-Brown, J. & Lipscomb, J. (Dezembro de 2010). The Health Care Work Environment and Adverse Health and Safety Consequences for Nurses. *Annual Review of Nursing Research*, 28 (1), pp. 191-231. doi:10.1891/0739-6686.28.191
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O Inquérito - Teoria e Prática* (4ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Godinho, N. (2014). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NP 450)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (M. M. Martins, Trad.) Loures: Lusociência.
- Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011a). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58, pp. 255–262. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00851.x

- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(1), pp. 133-143. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00920.x
- Huber, D. (2006). *Leadership and nursing care management* (3ª ed.). Filadélfia: Saunders.
- Institute of Medicine. (s.d.). *Announcement - Crossing the Quality Chasm: The IOM Health Care Quality Initiative*. Obtido em 2 de Abril de 2015, de <http://www.iom.edu/Global/News%20Announcements/Crossing-the-Quality-Chasm-The-IOM-Health-Care-Quality-Initiative.aspx>
- Jayawardhana, J., Welton, J. & Lindrooth, R. (2011). Adoption of National Quality Forum Safe Practices for Magnet ® Hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration, Supl. ao Vol. 41(9)*, pp. S37-S43.
- Jesus, E., Roque, S. & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 26-44.
- Kelly, L., McHugh, M. & Aiken, L. (2012). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *JONA: The Journal of Nursing Administration, Supl. ao Vol. 42(10)*, pp. S44-S49.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Neff, D. & Aiken, L. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), pp. w669-77. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w669
- Lake, E. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25, pp. 176–188.
- Laschinger, H., Finegan, J. & Wilk, P. (2011). Situational and Dispositional Influences on Nurses' Workplace Well-being. *Nursing Research*, 60 (2), pp. 124-131. doi:10.1097/NNR.0b013e318209782e
- Laschinger, H., Wong, C., Grau, A., Read, E. & Stam, L. (2011). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes.

Journal of Nursing Management, 20, pp. 877-888. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. & Glinos, I. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action*. Copenhagen: World Health Organization & European Observatory on Health Systems and Policies.

Lei nº 22/2015 de 17 de Março Quarta alteração à Lei nº 8/2012, de 21 de Fevereiro, que aprova as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas. (17 de Março de 2015). *Diário da República*, 1.^a série, Nº 53, 1613-1618.

Lei nº 8/2012 de 21 de Fevereiro que Aprova as regras Aplicadas à Assunção de Compromissos e aos Pagamentos em Atraso das Entidades Públicas. (21 de Fevereiro de 2012). *Diário da República*, 1.^a série, Nº 37, 826-828.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação crítica e utilização* (4^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lobo, M. (2000). Florence Nightingale. Em J. George, *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional* (pp. 33-44). Porto Alegre: Artmed.

Masters, K. (2014). *Role Development in Professional Nursing Practice* (3^a ed.). Boston: Jones & Bartlett.

McHugh, D. & Stimpfel, A. (2012). Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), pp. 566–575. doi:10.1002/nur.21503

McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20 (1), pp. 7-19. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos* (1^a ed.). São Paulo: Editora Manole, Ltda.

Ministério da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Obtido em 17 de Junho de 2014, de <http://pns.dgs.pt/>

- Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O., Aunguroch, Y. & Aiken, L. H. (2011). Impact of Nurse Work Environment and Staffing on Hospital Nurse and Quality of Care in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), pp. 426–433. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01419.x
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Desafios em Tempos de Crise - Relatório de Primavera 2010*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 26 de Maio de 2014, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2014). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em Dezembro de 2014, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_do_Profil_de_Competencias_do_Enfermeiro_Gestor.pdf
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Acaroglu, R., Luz, M., Berg, A., Idvall, E., . . . R., S. (2012). A seven country comparison of nurses perceptions of their professional. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 236–248. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01289.x
- Pfetscher, S. (2014). Modern Nursing. Em M. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (pp. 60-72). St Louis: Elsevier.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 Despacho nº 1400-A/2015. (10 de Fevereiro de 2015). *Diário da República*, 2.^a série, Nº 28, 3882(2)-3882(10).
- Polit, D. & Beck, C. (2004). *Nursing Research: principles and methods* (7 ed.). Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkes.
- Rafferty, A., Ball, J. & Aiken, L. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible , and do they result in improved hospital care ? *Quality in Health Care*, 10 (Suppl. II), pp. ii32-ii37.

- Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Regulamento nº 101/2015. (10 de Março de 2015). *Diário da República*, 2ª série, Nº 48, 5948-5952.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora Lda.
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - Nº5, pp. 27-36.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L. & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium - Revista do ISPV*. Obtido em 10 de Janeiro de 2015, de <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>
- Roche, M. & Duffield, C. (2010). A Comparison of the Nursing Practice Environment in Mental Health and Medical-Surgical Settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:2, pp. 195–206. doi:10.1111/j.1547-5069.2010.01348.x
- Roche, C. & Clarke, S. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 66(10), pp. 2213–2224. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05376.x
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. (C. Fonseca, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.
- Salmond, S., Begley, R., Brennan, J. & Saimbert, M. (2009). A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes : is the investment worth it ? *JBI Library of Systematic Reviews* 2009, 7(26), pp. 1119–1178.
- Schmalenberg, C. & Kramer, M. (2008). Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research*, 57(1), pp. 2-13.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública : cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H. & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 1664–1674. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03128.x

- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H. & Van de Heyning, P. (2009b). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal Of Nursing Studies*, 46(1), pp. 55-65. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.07.009
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., Van heusden, D. & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, pp. 1667-1677. Obtido em 12 de Junho de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.010>
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K. & Van de Heyning, P. (2009a). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), pp. 2175–2185. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05082.x
- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S., van Heusden, D., Wouters, K. & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1123–1134. Obtido em 20 de Abril de 2015, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.009>
- Van den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E. & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals: a mixed method study. *International journal of nursing studies*, 50(2), pp. 185–94. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001
- Wold, J. (2011). Gestão da Qualidade. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde centrados na população* (7ª ed., pp. 547-569). Loures: Lusodidacta.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário

QUESTIONÁRIO AMBIENTE ORGANIZACIONAL – VERSÃO PORTUGUESA

Aos enfermeiros

Pretendemos estudar os atributos organizacionais que caracterizam o ambiente da prática profissional de enfermagem – impacto nos enfermeiros, na qualidade dos cuidados e nos resultados em saúde, tem por base a utilização de um questionário de Aiken, L. H.; Patrician, P. – Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49 (3). 2000, que traduzimos e nos encontramos a validar para o contexto cultural português, com autorização da autora americana.

Solicitamos que responda a todos os itens com (X) nas escalas tipo *Likert* de cinco pontos que está colocada lateralmente. A escala é apresentada no início das questões.

Por **atributo organizacional** entende-se as características do ambiente de trabalho que contribuem para a prática profissional do enfermeiro.

Por **enfermeiro gestor** consideramos os enfermeiros chefes, supervisores ou directores e os enfermeiros com outra categoria profissional mas que exerçam funções de gestão.

Por **método de trabalho em equipa** entende-se método em que os enfermeiros estão organizados por equipas que são responsáveis pela prestação de cuidados a um determinado grupo de doentes;

Por **método de Enfermeiro de Referência** entende-se método de trabalho em que o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados a um ou vários clientes desde a sua admissão à sua alta;

Por **método de trabalho individual** entende-se método onde a distribuição da responsabilidade por todos os cuidados a prestar a um/vários clientes durante um turno é atribuído a um enfermeiro.

Por **flutuação**, conceito abordado nas questões 47 e 51, entende-se flutuação de um enfermeiro do seu serviço permanente para um outro serviço da organização, tendo a duração de um turno (McHugh, 1997).

A **Parte A** consiste na caracterização dos profissionais, a **Parte B** relaciona-se com o tema em estudo e a **Parte C** consiste na aquisição de sugestões dos respondentes para a melhoria do instrumento de recolha de dados - questionário.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, manifestamos desde já os nossos agradecimentos.

Gratos

Enf^a. Carina Andrade: cb_carina@hotmail.com – Telef: 962 360 459

Outubro de 2014

Questionário anónimo

A – Caracterização Geral

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐

2. Idade: _____

3. Habilitações académicas:

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Outra ☐

Qual? _____

4. Grupo Profissional:

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Chefe ☐

Enfermeiro Graduado..... ☐

Enfermeiro Supervisor ☐

..... ☐

Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Diretor ☐

5. Tempo de atividade profissional: _____

6. Tempo de actividade profissional nesta organização: _____

7. Tipologia de internamento onde presta serviço:

Medicina..... ☐

Cirurgia..... ☐

Outro: Qual? _____

B – AMBIENTE ORGANIZACIONAL

8. Considerando a sua opinião acerca da existência, no seu local de trabalho, das características organizacionais abaixo apresentadas, assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada item. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Presente no trabalho atual...					
1. Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos clientes.	1	2	3	4	5
2. A equipa multidisciplinar tem uma boa relação de trabalho.	1	2	3	4	5
3. Bom programa de integração para enfermeiros recém-contratados.	1	2	3	4	5
4. Os enfermeiros sentem-se apoiados pela gestão.	1	2	3	4	5
5. Remuneração satisfatória.	1	2	3	4	5
6. A enfermagem controla a sua prática.	1	2	3	4	5
7. Programa de formação em serviço e formação contínua para enfermeiros.	1	2	3	4	5
8. Oportunidades de desenvolvimento profissionais e de carreira.	1	2	3	4	5
9. Os enfermeiros têm oportunidade de participar nas decisões da política organizacional.	1	2	3	4	5
10. Valorização de novas ideias sobre os cuidados a prestar.	1	2	3	4	5
11. Espaço para discussão dos cuidados aos clientes, entre a equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5
12. Dotação de enfermeiros suficientes na equipa para prestar cuidados de qualidade aos clientes.	1	2	3	4	5
13. O enfermeiro gestor é um bom gestor e líder.	1	2	3	4	5
14. O enfermeiro gestor é bastante visível e acessível à equipa de enfermagem.	1	2	3	4	5
15. Flexibilidade na alteração do horário de trabalho.	1	2	3	4	5
16. Dotações suficientes para a prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
17. Autonomia para tomar importantes decisões sobre os cuidados e sobre a organização do trabalho.	1	2	3	4	5
18. Elogio e reconhecimento por um trabalho bem feito.	1	2	3	4	5
19. Os enfermeiros especialistas são consultados sobre os cuidados ao cliente.	1	2	3	4	5
20. Método de Trabalho em Equipa como método de organização e distribuição do trabalho.	1	2	3	4	5
21. Método de Enfermeiro de Referência como método de organização e distribuição do trabalho.	1	2	3	4	5

22. Método de Trabalho Individual como método de organização e distribuição do trabalho.	1	2	3	4	5
23. Não ser colocado em posição de ter que realizar atividades que são contra os meus princípios éticos.	1	2	3	4	5
24. A Direcção de Enfermagem espera por elevados padrões de cuidados de enfermagem.	1	2	3	4	5
25. O enfermeiro diretor tem idêntico poder e autoridade a de outros membros da administração da organização.	1	2	3	4	5
26. Os profissionais de saúde trabalham em equipa multidisciplinar.	1	2	3	4	5
27. Oportunidade de evolução.	1	2	3	4	5
28. A equipa de enfermagem é incentivada a prosseguir estudos académicos em enfermagem.	1	2	3	4	5
29. Uma filosofia de enfermagem clara atravessa o ambiente de cuidados ao cliente.	1	2	3	4	5
30. Os enfermeiros participam ativamente nos esforços para controlar os custos.	1	2	3	4	5
31. Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4	5
32. A equipa de enfermagem participa na escolha de novos equipamentos.	1	2	3	4	5
33. O enfermeiro gestor defende a equipa de enfermagem nas tomadas de decisão, mesmo quando em conflito com outros técnicos.	1	2	3	4	5
34. A administração ouve e responde às preocupações dos colaboradores.	1	2	3	4	5
35. Existência de um Sistema de Gestão da Qualidade.	1	2	3	4	5
36. Os enfermeiros são envolvidos na gestão interna da organização (p. ex.: comissões de ética e de práticas clínicas).	1	2	3	4	5
37. Existe colaboração multidisciplinar	1	2	3	4	5
38. Existe um programa de tutoria para enfermeiros recém-contratados.	1	2	3	4	5
39. O cuidado de enfermagem é baseado num modelo de enfermagem e não no modelo biomédico.	1	2	3	4	5
40. Os enfermeiros têm a oportunidade de integrar grupos de trabalho de enfermagem e da organização.	1	2	3	4	5
41. Os contributos que os enfermeiros dão para os cuidados aos clientes são reconhecidos publicamente.	1	2	3	4	5
42. Os enfermeiros gestores consultam a equipa de enfermagem sobre problemas e procedimentos diários.	1	2	3	4	5
43. O ambiente de trabalho é agradável atractivo e confortável.	1	2	3	4	5
44. Oportunidade de trabalhar num serviço altamente especializado.	1	2	3	4	5
45. Existem planos de cuidados estabelecidos e atualizados para todos os clientes.	1	2	3	4	5
46. A distribuição dos clientes fomenta a continuidade dos cuidados (i.e., o mesmo enfermeiro presta cuidados ao mesmo cliente durante o internamento).	1	2	3	4	5
47. Enfermeiros de um serviço nunca têm de flutuar para outro serviço.	1	2	3	4	5
48. Os enfermeiros participam ativamente no desenvolvimento dos seus horários.	1	2	3	4	5

49. Políticas, procedimentos e normas de atuação de enfermagem, em vigor.	1	2	3	4	5
50. Utilização de diagnósticos de enfermagem.	1	2	3	4	5
51. Flutuação de enfermeiros, para que as dotações estejam iguais entre serviços.	1	2	3	4	5
52. Cada serviço de enfermagem determina as suas políticas e procedimentos.	1	2	3	4	5
53. A equipa de enfermagem tem enfermeiros experientes que conhecem a organização.	1	2	3	4	5
54. Planos de cuidados de enfermagem são transmitidos verbalmente entre enfermeiros.	1	2	3	4	5

9. Considerando a sua opinião, é-lhe proposto que avalie a qualidade dos cuidados de enfermagem na sua unidade, atendendo às seguintes significações:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

	1	2	3	4	5
1 - No último mês, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na sua unidade foram muito bons.					
2 - No último mês, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados por si foi muito boa.					
3 - No último mês, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pela sua equipa foi muito boa					
4 - No último mês, tem a perceção que os clientes manifestam satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe são prestados.					

C – SUGESTÕES

10. Quer apresentar alguma sugestão?

Muito obrigado pela sua participação!

**ANEXO 2 – Póster 5º Congresso da Associação Portuguesa dos
Enfermeiros Gestores e Liderança**

O Impacte do Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem na Qualidade dos Cuidados de Saúde: implicações para a gestão

5º Congresso
Internacional
da APEGEL



CARINA ANDRADE¹; PEDRO BERNARDES LUCAS²

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Central, e-mail: cb_carina@hotmail.com;

² Professor Adjunto do Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

INTRODUÇÃO

Qualidade entende-se como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o cliente, garantindo os direitos fundamentais da pessoa e preservando a sua integridade, pelo que são os resultados do processo de cuidados que permitem analisar a eficiência, a efetividade e a satisfação dos clientes face aos cuidados que receberam (Donabedian, citado por Mezomo, 2001).

A prática de cuidados de enfermagem é desenvolvida num ambiente de crescente complexidade (Doran, 2011). Os estudos indicam que melhores ambientes da prática profissional de enfermagem estão associados a melhores perceções de qualidade dos cuidados, melhores níveis de satisfação dos enfermeiros e menores intenções de abandono da organização (Salmond, Begley, Brennan & Saimbert, 2009). McSherry, Pearce, Grimwood, & Mcsherry (2012) sublinham o papel do enfermeiro gestor como líder no caminho para a excelência e como elemento essencial na organização dos recursos existentes, criando um ambiente de segurança e de qualidade nos cuidados de enfermagem.

OBJETIVO

Determinar a influência das características organizacionais de organizações hospitalares na qualidade dos cuidados de enfermagem e as implicações para a gestão.

MÉTODO

Revisão sistemática da literatura, com a questão de investigação “Qual a influência das características organizacionais do ambiente da prática profissional dos enfermeiros na qualidade dos cuidados de saúde no contexto hospitalar?” Foram selecionados 9 artigos de estudos quantitativos publicados nos últimos 5 anos após pesquisa na plataforma EBSCO (bases de dados CINAHL e MEDLINE), tendo sido utilizadas as palavras-chave: “Organizational environment”, “Work Environment”, “Health Facility Environment”, “Hospital Units”, “Quality of Nursing Care”, “Nurs*”.

RESULTADOS

Encontrou-se uma relação definitiva ou significativa entre o ambiente da prática dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Apoiar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, as dotações adequadas, o apoio da gestão e maior autonomia dos enfermeiros são fatores decisivos na produção de um ambiente de trabalho positivo, melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao cliente e os planos de carreira dos enfermeiros, permitindo aos enfermeiros dar resposta a clientes com necessidade de cuidados cada vez mais complexos.

A diversidade de contextos, regiões e países onde os estudos foram aplicados sugerem que, ainda que não se possa ignorar a relação direta encontrada entre a qualidade dos cuidados e a adequação dos recursos do serviço, é possível melhorar o ambiente da prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados mesmo em contextos com menores recursos económicos.

Verificou-se uma relação direta entre uma forte gestão de enfermagem ao nível dos serviços e a avaliação da qualidade dos cuidados e *outcomes* profissionais.

CONCLUSÕES

O ambiente é uma parte integrante das organizações que os gestores devem procurar conhecer devido à sua influência na implementação de mudanças. O ambiente da prática profissional de enfermagem é um fator chave a considerar na gestão de enfermagem devido à sua comprovada relação com a qualidade dos cuidados, mesmo em contextos com poucos recursos.

A gestão e as organizações hospitalares devem encarar o desafio da melhoria do ambiente da prática de enfermagem como um investimento que se refletirá na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, nos resultados para os seus clientes e nos *outcomes* profissionais.

Referências bibliográficas

- Doran, D. M. (Ed.). (2011). Nursing Outcomes: The State of the Science (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20 (1), pp. 7-19. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos* (1ª ed.). São Paulo: Editora Manole, Ltda.
- Salmond, S. W., Begley, R., Brennan, J., & Saimbert, M. (2009). A comprehensive systematic review of evidence on determining the impact of Magnet designation on nursing and patient outcomes : is the investment worth it ? *JBI Library of Systematic Reviews* 2009, 7(26), pp. 1119–1178.